

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen—Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. H. H. Wieck

**Verläufe nach Selbstmordversuchen
Katamnesen bei Patienten
der Altersgruppe über 30 Jahre**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Hans-Jürgen Dittmann
aus Eggolsheim



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen—Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. H. H. Wieck

Verläufe nach Selbstmordversuchen Katamnesen bei Patienten der Altersgruppe über 30 Jahre

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Hans-Jürgen Dittmann
aus Eggolsheim

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan:	Prof. Dr. E. Rügheimer
Referent:	Prof. Dr. F. Böcker
Korreferent:	Prof. Dr. H.H. Wieck
Tag der mündlichen Prüfung:	16.11.1978

Für die Überlassung des Themas, sowie die ständige, bereitwillige Unterstützung und die wertvollen Ratschläge im Verlauf der Arbeit bin ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Felix Böcker, Direktor des Bezirksnervenkrankenhauses Bayreuth und Herrn Prof. Dr. Hans Heinrich Wieck, Direktor der Universitäts-Nervenlinik Erlangen sehr zu Dank verpflichtet.

Mein aufrichtiger Dank gilt auch Herrn Priv. Doz. Dr. Olaf Bartels, Leiter der Intensiv-Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, Direktor Prof. Dr. Ludwig Demling, für seine vielfältigen Anregungen und seine Hilfe bei organisatorischen Fragen der Durchführung der Katamnesenerhebung.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Einleitung	1
Beobachtungsgut und Methodik	3
Ergebnisse	
I. Übersicht über das Beobachtungsgut	5
II. Grundsituationen bei der Erhebung von Katamnesen nach einem SMV	15
III. Einflüsse auf die Entwicklung nach einem SMV	17
A. Hilfestellung durch Fachleute	
1. Die neuropsychiatrische Konsiliar- untersuchung	17
2. Stationäre Aufnahmen	19
3. Klinische Diagnosen	20
4. Klinische Wertung	22
5. Frühere Selbstmordversuche	24
6. Motive	25
7. Dauer des stationären Aufenthaltes	27
8. Effizienz der psychiatrischen Be- handlung	28
a) Die ambulante Betreuung	
b) Stationäre Behandlung	
9. Die Hilfestellung der Fachleute aus dem außerklinischen Bereich	31
B. Der Einfluß des Konfliktpartners auf die Entwicklung nach einem SMV	
1. Ehekonflikte und Konflikte mit dem Intimpartner	32

	Seite
2. Familiäre Konflikte	35
3. Schwierigkeiten mit anderen	36
4. Konflikte durch finanzielle und soziale Probleme	37
C. Hilfe durch Familie und Bezugspersonen aus dem weiteren sozialen Umfeld	38
D. Das eigene Mitwirken der Patienten an der Lösung ihrer Konflikte	40
IV. Versuch einer quantitativen Betrachtungsweise der verschiedenen Einflüsse bei der Lösung der für die Selbstmordversuche ursächlichen Konflikte	43
V. Zeitliche Zuordnung der unternommenen Lösungsversuche	44
VI. Ergebnis der Bemühungen zur Konfliktbereinigung bezogen auf den Einzelfall	44
VII. Veränderungen im Gesamtzeitraum der Katamnesen aus soziologischer und psychiatrischer Sicht	47
VIII. Verarbeitung von in der Zwischenzeit aufgetretenen Konflikten	49
IX. Selbsteinschätzung der zukünftigen Rezidivmöglichkeit	51
Erörterung der Ergebnisse	53
Vorschläge für die Behandlung von Patienten nach einem Selbstmordversuch	61
Zusammenfassung	69
Literaturverzeichnis	70

EINLEITUNG

Seit wenigen Jahren steht in der Suizidforschung die Frage nach der Effizienz der Nachsorge von Patienten, die Suizidhandlungen überlebten, im Mittelpunkt des Interesses.

In umfangreichen Querschnittsuntersuchungen waren in den Jahrzehnten zuvor die vielfältigen Probleme und Faktoren, die diese Personen dazu gebracht haben, einen Selbstmordversuch (im Folgenden SMV) zu unternehmen, erhellt worden. Das Gebiet der Suizidprophylaxe erhielt dadurch ein wissenschaftliches Fundament. Zwei wesentliche Ergebnisse lenkten dann das Hauptinteresse auf den einem SMV folgenden Zeitraum. Diese Notwendigkeit ergab sich aus der Kenntnis einer mit circa 20% hohen Rezidivquote und der Tatsache, daß durch Selbstmord Verstorbene in großer Zahl zuvor SMV überlebt hatten.

Von zahlreichen Autoren wurde inzwischen einhellig darauf hingewiesen, daß bei der Behandlung von Patienten mit SMV eine bloße Lebensrettung nicht ausreichen kann, sondern eine Nachsorge gefordert werden muß, die vor allem auf die der Suizidalität zugrundeliegenden Störung abzielen muß. S. GREER und C. BAGLEY (1971) konnten die Richtigkeit dieses Konzepts bereits untermauern. Ihre Untersuchungen ergaben, daß bei Patienten, die keine Nachsorge erfahren hatten, eine signifikant höhere "Selbstmordversuch-Rezidiv-Quote" gegeben ist, als bei behandelten Patienten.

Über die Organisation und den Umfang der Nachsorge herrschen allerdings noch unterschiedliche Ansichten vor, was nicht zuletzt auch auf die bisher nur in geringer Zahl verfügbaren Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen zurückgeführt werden muß (K. KOLLE, 1962; P. RUEGSEGG, 1963; R.S. MINZ, 1968; T. HOFMANN, 1971; S. GREER und C. BAGLEY, 1971; H.-L. WEDLER, 1973; R. PINO, 1977). Während weitgehende Einigkeit über die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Therapie besteht, erhält beispielsweise die Forderung nach routinemäßiger Hinzuziehung eines Nervenarztes von verschiedenen Autoren einen sehr unterschiedlichen Stellenwert.

H.-L. WEDLER (1973) berichtete von einem nach seinen Worten erstaunlich hohen Maß an erfolgreichen Anstrengungen in der Zeit nach einem SMV bestehende Konfliktsituationen zu klären und soziale Risikofaktoren abzubauen, ohne psychiatrische Unterstützung. F. BÜCKER (1973) fordert dagegen zu einer entscheidenden Verbesserung der Behandlungstechnik eine regelmäßige und frühzeitige Hinzuziehung des Nervenarztes.

Uns ging es mit unseren Erhebungen darum, an Hand von Katamnesen zu untersuchen, welche Rolle verschiedenste Faktoren nach einem SMV bei der Lösung der ursächlichen Konflikte gespielt haben und in welchem Ausmaß eine Konfliktbereinigung erreicht wurde. Darüber hinaus wollen wir auch negative Einflüsse beschreiben und eine Analyse von nicht angebotener, aber notwendig und erwünscht gewesener Hilfestellung versuchen. Wir wollen damit einen Beitrag zur Fortentwicklung einer sinnreichen Behandlung leisten.

BEOBACHTUNGSGUT UND METHODIK

Unsere Untersuchung stützt sich auf katamnestische Erhebungen an den Patienten, die im Zeitraum vom 1.10.1971 bis 30.9.1972 in der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen wegen eines Suizidversuches auf der Intensivstation behandelt wurden.

In Erlangen sind die Rettungsdienste angewiesen, alle suizidalen Intoxikationen auf die Intensivstation der Medizinischen Universitätsklinik einzuliefern. Die Ärzte dieser Station arbeiten seit Jahren mit ihren Kollegen aus der Universitätsnervenklinik eng zusammen, mit dem Ziel, nach Möglichkeit jeden Patienten nach einem SMV einem Neuropsychiater vorzustellen.

Im genannten Zeitraum wurden bei einer Gesamtzahl von 2450 internistischen Notfällen 235 Intoxikationen aufgenommen, wovon 149 suizidalen Ursprungs waren. 6 Patienten verstarben. Von den 143 für unsere Nachuntersuchung in Frage kommenden Personen hatten noch 122 zum Zeitpunkt der Katamnesenerhebung ihren Wohnsitz in Erlangen bzw. dem umgebenden mittel- bzw. oberfränkischen Raum.

Die Katamnesen wurden zusammen mit Th. DITTMANN erhoben. Da wir besonderen Wert auf ein Gespräch mit den ehemaligen Patienten legten, nahmen wir nur mit den in erreichbarer Nähe wohnenden Personen Kontakt auf. Bei 95 ehemaligen Patienten, das sind 78% der in Frage kommenden Personen, gelang es, in einer durchschnittlich zweistündigen Exploration an Hand eines festgelegten Fragenkatalogs, Einzelheiten über die Hintergründe und den Hergang des SMV sowie über die Bewältigung der Konfliktsituation nach der Selbstmordhandlung zu erfahren. Sämtliche erreichbaren Karteiunterlagen wurden berücksichtigt, um die Exploration in ihrer Effizienz noch zu steigern.

Die Erhebung der Katamnesen erfolgte im Durchschnitt 20,8 Monate nach dem SMV. Die anfängliche Bereitschaft der ehemaligen Patienten zur Mitarbeit war sehr unterschiedlich. 42,1% waren nach zweimaliger verbgeblicher Bitte, zu einem Gespräch in die Klinik zu kommen, erst

bei einem Hausbesuch bereit, mit uns zu sprechen. 26 Personen weigerten sich, zum Teil sehr entschieden.

Die Hälfte der nachuntersuchten Patienten war in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von H.-L. WEDLER (1973) älter als 30 Jahre (n=47). Dieser Altersgruppe wendet sich die nachfolgende Untersuchung zu. Die Gruppe der unter 30-jährigen (n=48) ist Gegenstand einer Untersuchung von Th. DITTMANN.

ERGEBNISSE

I. ÜBERSICHT ÜBER DAS BEOBACHTUNGSGUT

Im folgenden wollen wir in Form einer Grundauszählung einen allgemeinen Überblick über die wichtigsten lebenssituativen Merkmale unseres Beobachtungsgutes geben. In den Punkten, wo sich eine erhebliche Diskrepanz gegenüber größeren statistischen Untersuchungen (F. BÜCKER, 1973; E. STENGEL, 1969; K.J. LINDEN, 1969; F. GRÜNEBERG und K.J. IBE, 1972) auftut, soll auch eine Erklärung für die Abweichung versucht werden.

1. Geschlechts- und Altersverteilung

In dem von uns nachuntersuchten Kollektiv der über 30-jährigen, sind die Frauen mit einem Anteil von 78,7% überrepräsentiert. Es ergibt sich ein Verhältnis von Männern (n=10) zu Frauen (n=37) von 1:3,7. F. BÜCKER (1973) fand bei den Suizidversuchen der gleichen Altersgruppe eine Geschlechtsverteilung von 1:2,47. (Tab. 1)

Ein nach unserer Meinung wesentlicher Grund für den geringeren Anteil von Männern in unserem Beobachtungsgut ist in der Auswahl unserer Patienten zu suchen. Da Männer häufiger härtere Methoden bei Suizidhandlungen anwenden und insgesamt weniger die Form einer Intoxikation wählen als Frauen, werden sie dementsprechend weniger oft auf eine interne Intensivstation eingewiesen.

Frauen	37	78,7 %
Männer	10	21,2 %
zusammen	47	100 %

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung

Das Durchschnittsalter aller über 30-jährigen Patienten beträgt 46,0 Jahre. (Abbildung 1)

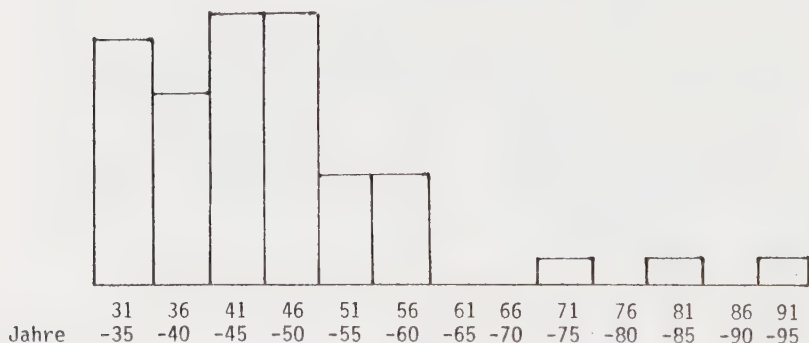


Abbildung 1: Altersverteilung

2. Herkunftsfamilie und Herkunftsort

Untersuchungen über Zusammenhänge zwischen Herkunftsfamilie und Selbstmordhandlungen nehmen in der Suizidliteratur einen breiten Raum ein. Unsere Erhebung spiegelt nur zum Teil die große Zahl von ungünstigen Stellungen in der Geschwisterreihe, von unehelichen Geburten, frühen Elternverlusten und nicht harmonischen Elternhehen bei Suizidpatienten, wie sie u.a. E. RINGEL (1953, 1965) beschrieb, wieder (Tabelle 2).

In unserem Kollektiv finden sich Erstgeborene in 31,9%. Einen Wohnortwechsel haben insgesamt 72,3% in ihrem Leben vollzogen. Fast die Hälfte davon wechselte den Wohnort zwangsläufig aufgrund einer Vertreibung aus der Heimat im Verlauf des zweiten Weltkrieges. Eine nicht-harmonische Ehe der Eltern gaben 17,0% an.

Einzelkind	3	6,3 %
ältestes Kind	15	31,9 %
unehelich	6	12,7 %
Halbwaise	7	14,8 %
nicht harmonische Elternehe	8	17,0 %
Wohnortwechsel in einen Ort gleicher Struktur	21	44,6 %
Wohnortwechsel vom Dorf in die Stadt	13	27,6 %
Heimatvertriebene	15	31,9 %
n = 47		

Tabelle 2: Herkunftsfamilie und Herkunftsort

3. Schulbildung - Intelligenz

Die verschiedenen Arten möglicher Schulbildung weisen im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilung in unserem Kollektiv keine Besonderheit auf. Von den Nachuntersuchten haben 33 (70,2%) Volksschulabschluß. 14 Personen besuchten eine Realschule oder ein Gymnasium. Ein Hochschulabschluß kann in einem Fall verzeichnet werden. (Tabelle 3)

Volksschule	33	70,2 %
Realschule bzw. Gymnasium	14	29,7 %
zusammen	47	100 %

Tabelle 3: Schulbildung

Intelligenz und Schulbildung können nur mit einigen Vorbehalten in Zusammenhang gebracht werden. Da wir uns bei der Bestimmung des Intelligenzniveaus des von S. LEHRL (1971) entwickelten Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT) bedienen und dieses Testverfahren im Vergleich mit anderen bildungsabhängiger ist, wollen wir an dieser Stelle von unseren Ergebnissen der Intelligenzgradbestimmung berichten.

Mit Ausnahme von 5 Patienten, die im Rahmen einer psychischen Erkrankung u.a. ausgeprägte Defektsyndrome boten, konnte bei den übrigen 42 ein Durchschnitts-IQ von 98,8 Punkten gemessen werden. Damit bewegt sich der überwiegende Teil unseres Beobachtungsgutes im durchschnittlichen Prozentrang der Gesamtbevölkerung (Abbildung 2).

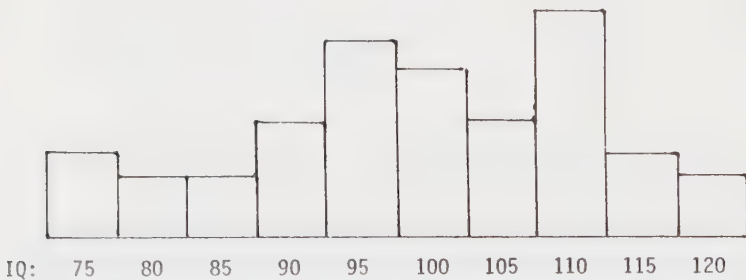


Abbildung 2: Intelligenzniveau (Mehrfachwahl-Wortschatz-Test)

4. Berufswahl, beruflicher Werdegang und Berufsstruktur

Die Merkmalshäufigkeit bei der Betrachtung der Berufswahl und des beruflichen Werdeganges spiegelt die Nachkriegsjahre wieder. Beinahe die Hälfte ($n=20$) aller Personen nannten ihre Berufswahl eine Notlösung. (Tabelle 4)

"eigener Wunsch"	17	36,1 %
"Notlösung"	20	42,5 %
abgeschlossene Berufs- ausbildung	25	53,1 %
"nicht gelernt"	22	46,8 %
nicht mehr berufstätig	32	68,0 %

Tabelle 4: Berufswahl und beruflicher Werdegang

Von den 47 nachuntersuchten Patienten haben sich 4 Frauen einer Berufsausbildung niemals unterzogen und auch nie in einem Arbeitsverhältnis gestanden. Sie bezeichneten sich nach ihren Worten als "Haustöchter". Von den verbleibenden 43 in ihrem Leben schon einmal berufstätigen Personen, haben 25 einen Beruf erlernt. Die Berufsstruktur unseres überwiegend weiblichen Beobachtungsgutes weist keine Besonderheit auf (Tabelle 5). Zur Zeit des SMV übten nur 16 Personen (34,0%) ihren Beruf aus. 21 (44,6%) waren als Hausfrauen tätig. Arbeitslos waren 4 Personen. Von den 6 Rentnern bezogen 3 eine Frührente aufgrund einer psychischen Erkrankung.

Hausfrau	21	44,6 %
Arbeiter	9	19,1 %
Facharbeiter	1	2,1 %
kaufmännische Angestellte	3	6,3 %
selbständiger Kaufmann	1	2,1 %
Pflegeberuf	1	2,1 %
Akademiker	1	2,1 %
arbeitslos	4	8,5 %
Rentner	6	12,7 %
zusammen	47	100 %

Tabelle 5: Berufsstruktur zur Zeit des SMV

5. Religionszugehörigkeit und Glaubenspraxis

Der Einfluß der Religionszugehörigkeit auf Selbstmordhandlungen ist seit langem bekannt (E. DURKHEIM, 1897). Wir haben versucht, neben der einfachen Zuordnung zu einer Konfession, auch die Glaubenspraxis zu erfassen. Die Verteilung auf die beiden großen Konfessionen (evangelisch 61,7%, römisch-katholisch 27,6%) weicht nicht allzu sehr von dem in Erlangen (Stadt und Land) anzutreffenden Verhältnis von 56% bzw. 40% ab. (Tabelle 6)

römisch-katholisch	13	27,6 %
evangelisch	29	61,7 %
übrige	1	2,1 %
keine Konfession	1	2,1 %
keine Angabe	3	6,3 %
zusammen	47	100 %

Tabelle 6: Religionszugehörigkeit

Zur Erfassung der Glaubenspraxis erhielten wir 38 Antworten; knapp über ein Drittel hatten keinen Glauben an ein "höheres Wesen". Von 29 Personen, die auf die Frage, ob sie an ein Leben nach dem Tod glaubten, antworteten, erhielten wir 19mal eine negative Antwort. Mehr als die Hälfte (n=26) aller Nachuntersuchten sahen in einer Selbstmordhandlung eine freiwillige, jedem zustehende, sündenfreie Entscheidung. (Tabelle 7)

"praktizierend"	13	27,6 %
"glaubend ohne zu praktizieren"	12	25,5 %
"nicht glaubend"	13	27,6 %
"Leben danach"	10	21,2 %
"kein Leben danach"	19	40,4 %
SM keine Sünde	26	55,3 %

Tabelle 7: Glaubenspraxis (Prozente in bezug auf das Gesamt-Kollektiv)

6. Familienstand und Wohnsituation

Wichtige Kriterien zur Beschreibung einer Lebenssituation stellen auch die Merkmale Familienstand und Wohnsituation dar. Sie sind wichtige Eckpunkte eines Rahmens, in dem sozial-psychiatrische Maßnahmen oft erst wirksam werden können.

Der überwiegende Anteil unserer Patienten (78,8%) ist verheiratet (Tabelle 8). 92% von ihnen leben in ihrer Wohngemeinschaft außer mit dem Ehepartner noch mit Kindern oder Eltern zusammen. Zählt man zu diesen noch die verwitweten oder ledigen Personen, die bei ihren Kindern leben, oder in die Familien der Geschwister integriert sind hinzu, zeigt sich, daß 85,1% aller nachuntersuchten Patienten zum Zeitpunkt ihres Selbstmordversuches in einer Familie lebten (Tabelle 9).

verheiratet	37	78,7	%
verwitwet	3	6,3	%
geschieden	1	2,1	%
ledig	6	12,7	%
zusammen	47	100	%

Tabelle 8: Familienstand

allein lebend	2	4,2	%
mit Ehepartner	3	6,3	%
mit Ehepartner und Kinder	32	68,0	%
mit Ehepartner und Eltern	2	4,2	%
mit Eltern	1	2,1	%
bei den Kindern oder Geschwistern	5	10,6	%
mit Freund	2	4,2	%
zusammen	47	100	%

Tabelle 9: Wohnsituation

7. Kontakte zum sozialen Umfeld

Die Integration eines Individuums in eine soziale Gruppe hat nach E. DURKHEIM (1897) eine selbstmordverhütende Wirkung. Bestehende Kontakte zu Verwandten, Bezugspersonen und weiterem sozialen Umfeld (Nachbarn, Arbeitskollegen, Freudeskreis) haben auch für die Konfliktlösung positive Bedeutung (H.-L. WEDLER 1973).

Nur 7 Patienten konnten über enge persönliche Kontakte außerhalb ihrer Familie berichten. Dieser schon rein numerisch belegte hohe Grad von sozialer Isolation wurde auch beim Aufsuchen der Patienten in ihrer Wohnung, meist in Neubausiedlungen am Stadtrand oder in Hochhäusern verschiedener Großfirmen, augenscheinlich.

8. Ärztliche Behandlung in der Zeit vor dem Selbstmordversuch

Es ist das Verdienst von E. RINGEL und K.-J. LINDEN nachgewiesen zu haben, daß suizidale Personen in hoher Zahl in den Wochen und Monaten vor ihrer Suizidhandlung einen Arzt aufsuchen. Die bei unserem Beobachtungsgut erhobene "aktuelle Anamnese" zeigte, daß im letzten Jahr vor dem SMV 28 Personen (59,5%) unseres Beobachtungsgutes in nerven- oder allgemeinärztlicher Behandlung standen. Unter den Diagnosegruppen führten körperliche Störungen (n=12) im Sinne von Magengeschwüren, Kreislaufstörungen, Schlafstörungen und chronische Kopfschmerzen, des weiteren depressive Verstimmungen (n=6) mit Zuständen verschiedengradiger psychischer Erschöpfung und selbstverständlich die Vollbilder von psychischen Krankheiten (n=10), wie Schizophrenie, Zykllothymie und Alkoholismus (Tabelle 10).

körperliche Störungen	12	25,5 %
depressive Verstimmungszustände	6	12,7 %
psychische Krankheiten	10	21,2 %
zusammen	28	

Tabelle 10: Diagnosen der Leiden, die im letzten Jahr vor dem SMV eine allgemein- oder nervenärztliche Behandlung notwendig machten. Prozentuale Verteilung in bezug auf das Gesamtkollektiv.

9. Subjektive Äußerung über die mit der Intoxikation verfolgte Absicht

W. FEUERLEIN (1971) hat die einem Suizidgeschehen zugrundeliegenden möglichen inneren Beweggründe in Form von drei Motivstrukturen wie Appell, Zäsur und Autoaggression beschrieben.

Wir haben unsere Patienten nach der mit der suizidalen Intoxikation verfolgten Absicht gefragt und dabei als fertige Antworten in Anlehnung an W. FEUERLEIN mögliche Suizidtendenzen, wie "Hilferuf", "Ruhe haben wollen" und "wirklich sterben wollen" vorgelegt. In erstaunlich hoher Zahl (53,1% wurde eine ernsthafte Suizidtendenz geäußert. Die Folgen ihrer Handlungsweise hatten lediglich 2 Personen nicht überlegt. (Tabelle 11)

Hilfe	5	10,6 %
Ruhe	14	29,7 %
"wirklich sterben"	25	53,1 %
Folgen nicht überlegt	2	4,2 %
keine Aussage	1	2,1 %
zusammen	47	100 %

Tabelle 11: Subjektive Äußerung über die mit der Intoxikation verfolgten Absicht

10. Frühere Selbstmordversuche

Das bereits einleitend erwähnte, in seiner Bedeutung sicherlich nicht überschätzbare Problem der Rezidivneigung von Personen, die bereits Suizidversuche überlebt haben, wird durch die in unserem Kollektiv gefundenen Zahlen unterstrichen. Nicht weniger als 17 Personen, das sind 36,1%, haben vor dem von uns erfaßten SMV bereits einen oder mehrere SMV unternommen. Damit liegt die Rezidivneigung in unserem Kollektiv weiter höher als in den von H.-J. LINDEN und F. BÜCKER untersuchten Gruppen.

II. GRUNDSITUATIONEN BEI DER ERHEBUNG VON KATAMNESEN NACH EINEM SELBSTMORDVERSUCH

Eine Zuordnung der Personen unseres Beobachtungsgutes zu einer von drei bei ihnen vorzufindenden Grundsituationen konnte fast ausnahmslos schon nach kurzer Kontaktaufnahme mit den ehemaligen Patienten, u.a. auch durch Berücksichtigung des Grades der Bereitwilligkeit zu dem von uns gewünschten Gespräch getroffen werden.

Bei der Erhebung der Katamnese hatte ein Teil den SMV bereits "vergessen". Diese Gruppe lebte wieder in problemfreien Verhältnissen.

Einem anderen Teil war allein schon die Erinnerung unangenehm. Für sie war der SMV anscheinend ein einschneidenderes Ereignis. Zudem ergab die Exploration, daß manche Patienten noch immer unter den gleichen Problemen zu leiden hatten, oder daß sich bei anderen in der Zwischenzeit neue Probleme von ähnlicher Stärke bzw. ähnlich geringer Aussicht auf Lösung ergeben hatten.

Frau J.S., 48 Jahre, verheiratet, Verkäuferin, hatte prompt zugestimmt und erschien in der Klinik temperamentvoll und auf ihr gepflegtes Äußeres sehr bedacht. Sie hatte noch am Tag ihrer Entlassung aus der Intensivstation eine klärende Aussprache mit ihrem Mann. Seither war nie mehr, auch von seiten der übrigen Familie, über den SMV gesprochen worden. Das grundlegende Problem, die unbegründete Eifersucht des Ehemannes war zwischen den Eheleuten bereinigt. Der Alltag von Frau S. war bestimmt von der Realisierung ihrer Zukunftspläne über ihre Berufsaufgabe und den Umzug in eine ruhigere Wohngegend.

Frau K.B., 53 Jahre, verheiratet, Hausfrau, kam zwar auch sofort zu dem von uns vorgeschlagenen Zeitpunkt, machte aber den Eindruck, als ob sie sich von dem Gespräch Hilfe erwartete. Sie sprach leise, oft stockend, von Tränen begleitet und konnte nur eine geringfügige Verbesserung ihrer Situation

schildern. Sie lebte weiterhin bei ihrem querschnittgelähmten Ehemann. Die Auseinandersetzungen wegen eines außerehelichen Verhältnisses, das ihr Mann ihr unterstellte, hatten lediglich in der Häufigkeit nachgelassen. Da sie sich in ihrem Alter von 53 Jahren nicht mehr scheiden lassen wollte, blieb die Ehe als eine nach ihren Worten gefühllose Zweckgemeinschaft bestehen.

Bei Frau U.K., 52 Jahre, verheiratet, Hausfrau, war in der Zwischenzeit die Scheidung der Ehe auf Antrag des Ehemannes erfolgt. Der eheliche Konflikt war damit auf eine von ihr nicht gewollte Art behoben. Mit dem Auszug in eine kleine Mietwohnung war Frau K. fortan auch von der Tochter getrennt und fühlte sich sehr isoliert. In ihrem Auftreten wirkte sie betont beherrscht, die depressive Grundstimmung war dennoch nicht zu übersehen.

Mit einer dritten Grundsituation wollen wir die Personengruppe erfassen, deren Leben von einer neuropsychiatrischen Grundkrankheit grundlegend mitbestimmt worden war. Die Konflikte, bzw. Anlässe, die zum SMV geführt hatten, waren in keinem Fall mehr relevant. Dagegen waren Symptome der Krankheit zur Zeit der Exploration sehr unterschiedlich noch ausgeprägt.

Herr E.R., 43 Jahre, verheiratet, kaufmännischer Angestellter, stand wegen einer zylothymen Depression nun in ambulanter Dauerbehandlung und konnte wieder seinem gewohnten Beruf nachgehen. Er ließ keine Möglichkeit aus, seinen Dank gegenüber seinen Ärzten Ausdruck zu verleihen.

Frau M.G., 50 Jahre, verwitwet, Hausfrau, leidet an einer Chorea Huntington und ist wegen völliger Desorientierung, Wahnideen und Halluzinationen in einem Bezirkskrankenhaus untergebracht. Unser Besuch war für sie eine willkommene, aber sicherlich schon am nächsten Tag vergessene Ablenkung.

III. Einflüsse auf die Entwicklung nach einem Selbstmordversuch

Die Analyse des im Vorangegangenen in Form von Grundsituationen skizzierten unterschiedlichen Verlaufs eines Lebensschicksals nach einem SMV ist der Gegenstand unserer Untersuchung.

Wie in den geschilderten Beispielen angeklungen, scheinen Faktoren wie das Vorliegen einer neuro-psychiatrischen Grundkrankheit oder geänderte Verhaltensweisen eines Partners, der ursächlich an der Entstehung eines Konfliktes beteiligt war (Konflikt-Partner), die Entwicklung eines Lebens nach einem SMV wesentlich zu bestimmen. Von gleicher Bedeutung für die weitere Entwicklung sind vermutlich auch die Einflüsse von seiten der hinzugezogenen Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Geistlichen, die wir zusammenfassend als "Fachleute" bezeichnen möchten; schließlich sind auch vorhandene Familienmitglieder und weitere Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu erwähnen. Nicht zuletzt wird der Bereitschaft der Betroffenen selbst zur Mitwirkung an der eigenen Konfliktbereinigung eine entscheidende Rolle zukommen.

A. Hilfestellung durch Fachleute

Der Großteil der Patienten war auf der Intensivstation bewußtlos bzw. mit starken Intoxikationserscheinungen aufgenommen worden. Nach Abklingen dieser Symptome waren aus der Gruppe der Fachleute Ärzte und Pflegepersonal die ersten, die eine Hilfestellung ermöglichen konnten. Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und Geistliche wurden später gegebenenfalls ergänzend hinzugezogen.

1. Die neuro-psychiatrische Konsiliaruntersuchung

An der Universitätsklinik Erlangen ist es seit wenigen Jahren zur Routine geworden, daß Patienten im Anschluß an eine erfolgreiche Entgiftung und Überwachung durch internistisch ausgebildete Ärzte

einem konsiliarisch hinzugezogenen Kollegen aus der Universitätsnervenklinik vorgestellt bzw. direkt in die Poliklinik der Nervenklinik überwiesen werden. Davon waren lediglich 4 der von uns nachuntersuchten 47 Personen ausgenommen.

Die 31-jährige verheiratete Altenheim-Besitzerin C.M. verweigerte die Vorstellung beim Psychiater. Wie sie angab, wollte sie ihre Eheprobleme für sich behalten. Mit ihrem energischen Auftreten konnte sie die Distanzierung von weiteren Suizidabsichten glaubhaft machen und wurde direkt entlassen. Der Maurer G.K., 32 Jahre, verheiratet, konnte bei der Morgenvisite ausgeschlafen, in körperlicher Frische, überzeugend darstellen, daß er zum Unterhalt seiner Familie und zur Abtragung seiner Bauschulden ohne Verzögerung wieder zur Arbeit müsse. Da seine Selbstmordhandlung unter Alkoholeinfluß, wegen starker Kopfschmerzen geschehen war und als "Pause" (W. FEUERLEIN) zu werten war, wurde seiner Entlassung zugestimmt.

Die Angehörigen von Frau J.B., 45 Jahre, Hausfrau, und von Frau E.M., 40 Jahre, verheiratet, Hausfrau, konnten dem aufnehmenden Internisten von der jeweiligen psychischen Grundkrankheit (Schizophrenie und endogene Depression) und von vorausgegangenen Klinikaufenthalten berichten, weswegen direkt eine Verlegung in das Bezirkskrankenhaus Erlangen und in die Nervenklinik Bamberg bei Eintritt der Transportfähigkeit vorgenommen wurde.

Im Grunde waren demnach nur zwei Personen ohne psychiatrische Untersuchung bzw. Betreuung aus der Klinik entlassen worden. Ihre Selbstmordversuche erwiesen sich zweifelsfrei als abnorme Erlebnisreaktionen. Die letzte Entscheidung über das Nichtvorliegen einer Selbstgefährdung war dem Internisten belassen worden. Die Erhebung der Katamnesen erbrachte in beiden Fällen keine Hinweise für eine auch nur teilweise getroffene Fehlentscheidung.

2. Stationäre Aufnahmen

Entsprechend den Gegebenheiten der übrigen Teilgebiete der Medizin ist auch in der Psychiatrie die Diagnose Vorbedingung für das weitere therapeutische Vorgehen. In den Fällen, in denen die konsiliarisch psychiatrische Untersuchung als Diagnose das Vorliegen einer psychischen Krankheit ergab, oder den Verdacht erbrachte, wurde zum Zweck der weiteren Abklärung bzw. zur Behandlung eine stationäre Aufnahme veranlaßt. Stationär aufgenommen wurden auch die Patienten, die eine noch andauernde akute Selbstgefährdung erkennen ließen, oder die um keinen Preis in die nach ihrer Meinung nach noch stark konfliktbeladene Umwelt zurück wollten.

Insgesamt wurden 22 stationäre Aufenthalte notwendig (Tabelle 12). In der Universitätsnervenklinik wurden 13 Patienten aufgenommen. Bei 7 Patienten war die psychiatrische Anamnese bekannt bzw. bei einem stark vorgealterten Patienten, der unter einer erheblichen Hirnarteriosklerose litt, war ein starker Grad von Selbst- und Allgemeingefährdung gegeben, so daß die stationäre Aufnahme im Bezirkskrankenhaus erfolgte. Eine Patientin mit einer endogenen Depression hatte sich die Speiseröhre bei ihrem SMV verätzt, weswegen ein dreimonatiger Aufenthalt in der chirurgischen Klinik notwendig wurde. Sie wurde dort konsiliarisch behandelt. Eine 82-jährige Patientin, die im Anschluß an die intensivmedizinischen Maßnahmen wegen einer Begleitpankreatitis noch auf der Inneren Abteilung behandelt wurde, war wegen der mangelnden Distanzierung von weiteren Selbstmordversuchen ebenfalls konsiliarisch betreut worden.

Universitätsnervenklinik Erlangen	13
Bezirksnervenkrankenhaus Erlangen	6
Nervenklinik Bamberg	1
Chirurgische Universitäts- klinik Erlangen	1
Medizinische Universitäts- klinik Erlangen	1
zusammen	22

Tabelle 12: Stationäre Folgeaufenthalte im Anschluß an die intensiv-medizinische Behandlung

3. Klinische Diagnosen

Die fachpsychiatrische Untersuchung der 47 Personen unseres Untersuchungsgutes ergab in Anlehnung an die klinische Psychopathologie von KURT SCHNEIDER (1950/1973) als klinische Diagnose ein Überwiegen der abnormen Erlebnisreaktion in 42,5% (n=20) (Tabelle 13). In 14 Fällen (29,7%) wurden die Diagnosen abnormale Persönlichkeit (n=10) und Sucht (n=4) gestellt. Unter dem Oberbegriff Psychosen fanden sich 8 endogene Formen (5 Zykllothymien, 3 Schizophrenien); körperlich begründbare Psychosen (n=5) waren je einmal in Form einer Chorea Huntington und einer Hirnarteriosklerose mit ausgeprägter produktiver Symptomatik diagnostiziert worden. Zu dieser Gruppe zählen weiterhin 2 Fälle einer schwergradigen methalkoholischen Psychose und einer Polioencephalitis haemorrhagica superior Wernicke. Der besseren Übersicht wegen wurden die zwei Personen, die die Klinik ohne routinemäßige Untersuchung verlassen konnten, mit hinzugezählt, da sich deren Vermutungsdiagnose "abnorme Erlebnisreaktion" bei der Katamnesenerhebung nachträglich bestätigte.

abnorme Erlebnisreaktion	20
abnorme Persönlichkeit	10
Sucht	4
endogene Psychose	8
körperlich begründbare Psychose	5
zusammen	47

Tabelle 13: Klinische Diagnosen

Eine Aufgliederung der stationär aufgenommenen Patienten nach ihren Diagnosen zeigt, daß der stationäre Aufenthalt in der Mehrzahl der Fälle (n=13) wegen Psychosen und in 9 Fällen beim Vorliegen von abnormen Persönlichkeitsstrukturen, Sucht oder abnormer Erlebnisreaktion notwendig geworden war (Tabelle 14).

Diagnosegruppe:	abnorme Erlebnis- reaktion; abnorme Persönlichkeit; Sucht	Psychosen
Universitätsnervenklinik	8	5
Bezirkskrankenhaus	-	6
Nervenklinik Bamberg	-	1
Chirurgische Universitäts- klinik	-	1
Medizinische Universitäts- klinik	1	-
zusammen	9	13

Tabelle 14: Aufgliederung der stationär aufgenommenen Patienten nach Diagnosegruppen

Bei diesen 9 Patienten hatten in 7 Fällen zwischenmenschliche Konflikte zur Selbstmordhandlung geführt. Eine Herausnahme aus der Konfliktsituation war schon deshalb nötig, da es sich bei den Konfliktpartnern um Ehepartner, bzw. um in der Wohngemeinschaft lebende Familienmitglieder handelt. Überdies war bei allen 9 eine Distanzierung von einem weiteren SMV nicht sicher erkennbar. In 6 Fällen waren ernstgemeinte SMV unternommen worden. Des weiteren war bei den Patienten M.M. und E.B. die klinische Abklärung einer abnormen Persönlichkeit bzw. einer Sucht vordringlich.

4. Klinische Wertung

Über die Diagnose, bzw. deren Verdacht hinaus, hatte die eingehende Exploration unter Würdigung der Vorgeschichte, der Anlage und des Ablaufs der Selbstmordhandlung und des Intoxikationsgrades auch eine Einschätzung der jeweiligen Stärke der Suizidalität ermöglicht. (Tabelle 15). Lediglich bei den Patientinnen mit der Chorea Huntington und mit der Polioencephalitis haemorrhagica superior war eine eindeutige Einschätzung nicht möglich.

	demonstrativ	Pause	ernsthaft	nicht beurteilbar
Psychosen	2	3	6	2
abnorme Persönlichkeit, Sucht	9	3	2	-
abnorme Erlebnisreaktion	8	4	8	-
zusammen	19	10	16	2

Tabelle 15: Klinische Wertung der SMV und Verteilung auf die Diagnosegruppen.

Die Wertung der Suizidversuche lehnt sich an die von F. BÜCKER (1970) aufgezeigten klinischen Maßstäbe und an die Einteilung von Motivstrukturen bei Selbstmordhandlungen von W. FEUERLEIN (1971).

Die Beurteilung der Selbstmordhandlung als demonstrativ wurde am häufigsten mit 19mal vorgenommen. Nicht wesentlich weniger sind die ernsthaften Fälle, die mit $n=16$ 34,0% ausmachen.

Die ernsthaften Suizidversuche führten nicht automatisch zur weitergehenden stationären Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung. Von den insgesamt 15 wurden nur 11 aufgenommen, die damit 50% aller stationären Aufnahmen darstellen. Gründe für die unterbliebene stationäre Anschlußbehandlung waren auch in zwei Fällen Bettenmangel und in zwei Fällen mangelnde Anamneseerhebung durch den aufnehmenden Arzt, dem unter anderem auch vorangegangene SMV unbekannt blieben.

Die 35-jährige, verheiratete Hausfrau C.D. hatte wegen eines außerehelichen Verhältnisses des Ehemannes 50 bis 60 Tabletten (Librium tabs, Valium 10, diverse Schlaftabletten) eingenommen. Seit 3 Jahren war sie wegen depressiver Verstimmungszustände in nervenärztlicher Behandlung. Nach der Behandlung auf der Intensivstation konnte sie wegen Bettenmangels nicht in der Nervenklinik aufgenommen werden. Eine Behandlung im Bezirkskrankenhaus lehnte die differenzierte Patientin ab. Die Untersuchung in der Poliklinik der Universitätsnervenklinik ergab die Vermutung eines Schubes einer endogenen Depression. Differentialdiagnostisch ließ sich ein depressiver Verstimmungszustand bei einer abnormen Entwicklung nicht ausschließen. Die untersuchende Kollegin war sich des Wagnisses, die Patientin mit dem Ehemann nach Hause zu entlassen, bewußt. Der Arztbrief war 10 Tage später in der Hand des Hausarztes. 2 Wochen später wurde die Patientin vom Ehemann zur stationären Aufnahme gebracht, da sie wieder Selbstmordabsichten geäußert hatte. Während des nun 14-tägigen Aufenthaltes konnte die Diagnose ebenfalls nicht geklärt werden. Nach 3 Monaten wurde die Patientin wegen eines erneuten schweren SMV in die medizinische Klinik eingeliefert.

Ein Vergleich der klinischen Beurteilung mit den Diagnosegruppen

zeigt, daß ernsthafte Suizidversuche von 6 der 13 Personen mit Psychosen unternommen worden waren. In der Gruppe der abnormen Persönlichkeiten und Süchtigen (n=14) finden wir 2 und in der Gruppe der abnormen Erlebnisreaktionen (n=20) 7 ernsthafte Suizidversuche.

5. Frühere Selbstmordversuche

Frühere Suizidversuche waren bei den 47 Personen des Beobachtungsgutes in 17 Fällen (36,1%) feststellbar.

Bezogen auf die Diagnosegruppen führten die Personen mit Psychosen mit einer Rezidivhäufigkeit von 61,5% (8 von 13). (Tabelle 16). Bei den abnormen Personen und Süchtigen waren in 35,7% (5 von 14) und bei den abnormen Erlebnisreaktionen in 20% frühere Selbstmordversuche anamnestisch zu erheben.

Psychosen	8	61,5%	(n=13)
abnorme Persönlichkeit, Süchtige	5	35,7%	(n=14)
abnorme Erlebnisreaktion	4	20 %	n=20)
zusammen	17		

Tabelle 16: Verteilung früherer Selbstmordversuche in den Diagnosegruppen.

Unser Zahlenmaterial ließ keine positive Korrelation zu, wonach SMV-Rezidive zwangsläufig als ernsthaft verlaufen. Die bei der psychiatrischen Untersuchung getroffene Einstufung als ernsthafter SMV war nur bei 6 der 17 Rezidivfälle gegeben.

Unter den stationär aufgenommenen Patienten sind die Personen mit Rezidiven 12mal vertreten (54,5%, n=22).

6. Motive

Der eigentliche Grund für eine Selbstmordhandlung ist mit der Erforschung des Motivs auch nach Abtrennung von einem etwaigen Anlaß - oder Auch-noch-Erlebnisses (F. DUBITSCHER, 1971) nicht gänzlich zu erhellen. Die letztlich verantwortlichen Beweggründe bleiben aber auch den Betroffenen im Regelfall unbewußt. H. HENSELER (1974) führt die psycho-dynamischen Vorgänge beim Entschluß, eine Selbstmordhandlung zu begehen, in letzter Instanz auf eine Krise des Selbstwertgefühls zurück.

Die Betreuung von suizidalen Personen lehrt, daß das in manchen theoretischen Meinungen als allzusehr vordergründig bzw. oberflächlich eingeschätzte Motiv oft einen passenden Ansatz für das therapeutische Handeln gibt. Über das Motiv ist auch eine schnelle Klärung über das Vorhandensein von Konfliktpersonen und weiteren Bezugspersonen, z.B. Familienmitgliedern möglich. So sind Ehekonflikte, die mit 22 Fällen (64,7%, n=34) den Hauptanteil ausmachen, naturgemäß nur mit dem gleichzeitigen Vorhandensein eines Konfliktpartners möglich.

Familiäre Auseinandersetzungen (14,7%) umschreiben das Vorliegen von oft vielschichtigen Problemen. Zahlenmäßig selten fanden sich finanzielle und soziale Probleme (11,7%), Konflikte mit dem Intimpartner (2,9%) und andere persönliche Schwierigkeiten (2,9%). (Tabelle 17).

	abnorme Erlebnis- reaktion	abnorme Persön- lichkeit	Sucht	zusam- men
familiäre Auseinander- setzung	5	-	-	5 14,0%
Ehekonflikte	11	9	2	22 64,7%
Konflikte mit dem Intim- partner	-	-	1	1 2,9%
Schwierigkeiten mit ande- ren	1	-	-	1 2,9%
finanzielle und soziale Probleme	2	1	1	4 11,7%
andere persönliche Schwierigkeiten	1	-	-	1 2,9%
zusammen	20	10	4	34 100 %

Tabelle 17: Motive und Diagnosen bei reaktiven SMV (n=34)

Die "Motive" der Personen, die auf dem Boden von Psychosen eine Suizidhandlung vollführten, sind in den üblichen Motivstatistiken schwer einzuordnen. In erster Linie sind hier Symptome der Grundkrankheit als Anstoß verantwortlich. Rational reaktive Momente sind nur in geringem Maß faßbar. 5mal waren quälende Schlaflosigkeit und ausgeprägte vegetative Störungen Anlaß zum SMV. Genauso oft hatten Wahnideen, z.B. Angst vor Verfolgung die Selbstmordhandlung ausgelöst. Die Verarmung an sonstigen Gefühlen und die Störung der Erlebnisweise waren 3mal als unerträglich angegeben worden. (Tabelle 18).

Ein Vergleich der Verteilung der Motive in den einzelnen Diagnosegruppen zeigt die hohe Zahl von Ehekonflikten (11 von 14) unter den abnormen Persönlichkeiten und Suchten. Familiäre Auseinandersetzungen sind nur der Gruppe der abnormen Erlebnisreaktionen zu finden. (Tabelle 17).

Schlaflosigkeit und vegetative Störungen	5
Wahnideen	5
Verarmungsgefühle und Störungen der Erlebnisweise	3
zusammen	13

Tabelle 18: Gründe für den SMV bei Patienten mit Psychosen

7. Dauer des stationären Aufenthaltes

Die Dauer des stationären Aufenthaltes in der Universitätsnervenklinik betrug zwischen 2 Tagen und 4 Monaten. Nur 3 der 13 Patienten, die in dieser Klinik behandelt wurden, waren weniger als 6 Tage stationär aufgenommen.

Die extrem lange Dauer von 4 Monaten war Frau S.L. gewährt worden, die im fünften Monat schwanger, einen erweiterten Suizidversuch unternommen hatte und dabei ihr 7-jähriges Kind verloren hatte. Die damit verbundene schwere reaktive Depression klang nur zögernd ab. Zum Endbindungstermin wurde sie in die Frauenklinik verlegt. Zur Scheidung ihrer Ehe hatte sie sich schon während ihres Klinikaufenthaltes entschlossen. Das Verfahren wurde in diesem Zeitraum eingeleitet.

Die Aufenthalte im Bezirksnervenkrankenhaus Erlangen und in der Nervenklinik Bamberg erstrecken sich über noch längere Zeiträume mit einem Mittel von 4,5 Monaten. Eine Patientin (Chorea Huntington) wurde wegen weiter bestehender Suizidgefahr und Gefahr der Verwahrlosung daueruntergebracht.

8. Effizienz der psychiatrischen Behandlung

Eine Effizienzanalyse der therapeutischen Maßnahmen, insbesondere im psychiatrischen Bereich ist naturgemäß nur schwierig zu erstellen. Nur im Bereich des vollen Erfolges und im Extremfall des kras-
sen Mißerfolges sind eindeutige Stellungnahmen zu erhalten..

a) Die ambulante Betreuung

Bei der Erhebung der Katamnesen haben wir nach dem rückblicken-
den Urteil über die konsiliarische Hinzuziehung eines Psychia-
ters bzw. über die ambulante Vorstellung in der Nervenklinik ge-
fragt. Von 12 Personen erhielten wir die Antwort, daß sie die
Notwendigkeit einer psychiatrischen Untersuchung eingesehen hät-
ten. Der überwiegende Anteil (44,6%, n=21) wollte diese Notwen-
digkeit nicht anerkennen. 14 Personen konnten sich zu dieser Fra-
ge nicht eindeutig äußern. Zum Teil war es ihnen gleichgültig
gewesen, zum anderen konnten sie sich an den Psychiater nicht
mehr erinnern, da die Untersuchung anscheinend noch im Durch-
gangssyndrom erfolgte.

Von den Personen, die nicht stationär aufgenommen wurden, aber
die psychiatrische Routineuntersuchung als notwendig erachtet
hatten, oder dieser zumindest nicht ablehnend gegenübergestan-
den waren, hatten für diese nur drei eine positive Bewertung.
Sie empfanden in zwei Fällen die Einbeziehung des Ehemannes in
das Gespräch als hilfreich. Im Fall der Frau U.K. konnte ein
gemeinsamer Gang zur Eheberatung vereinbart werden. Der allein-
stehenden M.T. hatte das ausführliche Gespräch sehr gut getan.
Die übrigen 8 Personen waren ohne Erwartungen zur Untersuchung
gegangen und zur Hälfte enttäuscht wieder entlassen worden.

Obwohl sich Frau H.F. auf das Gespräch gefreut hatte, erlebte
sie den ihr gegenüberstehenden Arzt nach ihren Worten als
mürrisch und abweisend. Herr F.K., eine asthenische Persönlich-
keit, hatte sich einen Rat erhofft, immerhin war ihm ein Termin

zu einem weiterführenden psychologischen Test gegeben worden, den er auch wahrnahm. Das Ergebnis des Tests stellte ihn aber wiederum nicht zufrieden, da ihm unter anderem eine nur durchschnittliche Intelligenz bescheinigt wurde.

Frau R.D., eine asthenische Persönlichkeit, sah sich nicht in der Lage, einem "Fremden" über ihr Leben zu berichten. Die weitere Vermittlung an einen Psychotherapeuten brach sie aus dem gleichen Grund nach zwei Sitzungen ab. Der Alkoholiker M.D. nahm die Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater wieder auf, nachdem ihm der Hausarzt entsprechend dem Vorschlag der Klinik wieder dorthin überwiesen hatte. Nach einem Vierteljahr brach er die Behandlung erneut ab. Ein Aufenthalt im Bezirksnervenkrankehaus und einer in der Nervenlinik folgten kurzzeitig.

Der 56-jährige, verheiratete C.B., kaufmännischer Angestellter, Alkoholiker, fand für die Ärzte in der Poliklinik besonders harte Worte: "Kindermädchen für geistige Kleinkinder".

In der Personengruppe, die von vornherein keine Notwendigkeit für eine psychiatrische Betreuung sah, waren die Urteile überwiegend negativ: "Mir hat der Arzt nicht gefallen. Ein Arzt darf nicht verurteilen".

Weniger harte Urteile waren in der Minderzahl und ließen darüber hinaus erkennen, was subjektiv vermißt wurde. Frau A.L. konnte sich nur noch daran erinnern, daß ihr anstelle des Psychiaters ein Pfarrer lieber gewesen wäre. Daß ihr darüber hinaus noch die eingeschaltete Klinikfürsorgerin einen Altenheimplatz vermittelte und dazu beitrug, die Trennung von ihrer Tochter und deren Familie zu vollziehen, verbitterte sie besonders.

b) Stationäre Behandlung

Eine Wertung der stationären Behandlung in den Nervenkliniken und im Bezirkskrankenhaushaus kann aufgrund vorhandener subjektiver und objektiver Maßstäbe (Therapie und Verlauf) leichter als bei der ambulanten vorgenommen werden.

Gerade in der Gruppe der Psychosen war der stationäre Aufenthalt eine zwingende Indikation. Von entscheidender Bedeutung war auch bei den 13 Personen, die in die Universitätsnervenklinik eingewiesen worden waren, daß in 6 Fällen erstmals die Diagnose einer neuropsychiatrischen Grundkrankheit gestellt werden konnte. Es handelte sich um eine endogene Depression in zwei Fällen, eine Schizophrenie in ebenfalls 2 Fällen, um je eine Chorea Huntington und eine Hirnarteriosklerose mit ausgeprägten paranoiden Wahnvorstellungen. Nach ihrer Entlassung konnten 2 Patienten, bei denen erstmals eine endogene Depression festgestellt wurde, wieder ihre frühere berufliche Tätigkeit ausführen. 6 Patientinnen waren nach der Entlassung mit Unterstützung ihrer Familien bzw. Nachbarn fähig, wieder als Hausfrauen tätig zu sein. Bei 2 Männern verlor sich die produktive Symptomatik und die Selbstgefährdung soweit, daß sie sich in ihrer häuslichen Umgebung wieder zurechtfinden.

Bei den stationär behandelten Patienten, die auf dem Boden einer abnormen Persönlichkeit, einer abnormen Erlebnisreaktion oder einer Sucht den SMV unternommen hatten, war das Urteil über den Erfolg der Therapie eindeutig kritischer bzw. negativ.

Zwar seien die Ärzte und das Pflegepersonal nach Meinung von Frau G.D. höflich und nett gewesen, die Aufnahme in die Nervenklinik habe jedoch für sie eine Diskriminierung dargestellt. Außerdem sei zu wenig Gelegenheit für Gespräche vorhanden gewesen. Frau H.O. wollte dem Rat der Ärzte, sich scheiden zu lassen, nicht folgen. Ein Alkoholiker fand das Auftreten des für ihn zuständigen Oberarztes als arrogant. Eine asthenische Psychopatin verspürte nur Neugierde ohne Hilfe. Die beiden 82- und 92-jährigen Patientinnen, die zur Vermeidung weiterer Familienkonflikte auf Drängen ihrer Familien und letztlich mit ihrem Einverständnis sofort einen Heimplatz vermittelt bekamen, waren über ihre neue Lage zum Zeitpunkt der Katamnesenerhebung immer noch unglücklich.

Von 3 Patienten erhielten wir eindeutig positive Bewertungen. Sie empfanden die Herausnahme aus ihrem häuslichen Konfliktbe-

reich und die Vermittlung eines Rechtsanwaltes bzw. den Platz in einer psychotherapeutischen Klinik als große Hilfe. Bei Herrn A.B. konnte der Arbeitgeber dazu bewegt werden, die beabsichtigte Kündigung zurückzustellen und eine neue Probezeit einzuräumen.

9. Die Hilfestellung der Fachleute aus dem außerklinischen Bereich

Das in wenigen Fällen zusätzliche Hinzuziehen von weiteren Fachleuten durch Ärzte der Nervenkliniken hatte nur sehr geringen Erfolg.

Die Vermittlung eines Termins bei der Eheberatung scheiterte in einem Fall an der uneinsichtigen Haltung des Ehemannes. Die Einschaltung der Klinikfürsorgerin hatte für die eine Patientin die endgültige, nichtgewünschte Verlegung in ein Altersheim zur Folge. In einem anderen Fall hatte die Betroffene nach ihrer Entlassung mit ihrer Familie die durch die Heirat des Sohnes ausgelösten Wohnprobleme bis zum Erscheinen der Fürsorgerin bereits allein geregelt. Die Einschaltung eines Rechtsanwaltes zur Durchführung der Ehescheidung noch während des stationären Aufenthaltes war für eine Patientin dagegen eine große Erleichterung.

Die Vermittlung an niedergelassene Nervenärzte zur Weiterbehandlung wurde in allen 4 Fällen von den Personen selbst abgebrochen. Uns gegenüber wurde als Rechtfertigung der Zeitdruck der überlasteten Fachärzte und das mangelnde Verständnis für ihre Probleme angegeben. Während eine Vermittlung an eine Psychotherapeutin wegen der mangelnden Bereitschaft der Patientin fehlschlug, konnte die Überweisung an eine psychotherapeutische Klinik in einem Fall als voller Erfolg gewertet werden.

Die wenigsten der Patienten stellten sich kurze Zeit nach ihrem SMV wieder bei ihrem Hausarzt vor. Soweit dies doch geschah, wurde in keinem Fall hervorstechend Positives berichtet. Nur einmal wurde angegeben, daß es zu einem längeren Gespräch kommen sei, in dessen Verlauf der Hausarzt Verständnis gezeigt hätte. 4 Patienten gaben an, daß sie es sehr verletzt habe, wie der Hausarzt den SMV bewertet habe. Sie hätten wegen ihrer "Dummheit" sogar kräftige Beschimpfungen über sich ergehen lassen müssen.

B. Der Einfluß des Konfliktpartners auf die Entwicklung nach einem Selbstmordversuch

Im Fall der 48-jährigen Hausfrau G.D. war der Grund zur Selbstmordhandlung das seit Jahren ehewidrige Verhalten des Ehemannes. Es wird nun nach den heute geltenden moralischen Normen niemand der Ehefrau raten, durch Einnehmen einer toleranten Haltung weitere Konflikte zu vermeiden. Vor dieser Situation standen auch die Ärzte der Nervenklinik, die Frau D. stationär übernommen hatten. Nach differentialdiagnostischem Ausschluß einer Psychopathie oder einer neurologischen psychiatrischen Grundkrankheit entließen sie die Patientin nach 2 Tagen in die Obhut der Tochter. Die mehrmaligen Versuche, den Ehemann zu einem Gespräch in die Klinik zu bitten, waren an seiner Weigerung gescheitert. Bei der Katamnesenerhebung erfuhren wir von der deutlich vorgealterten, kontaktschwachen und mit einem IQ von 75 unterdurchschnittlich begabten Ehefrau, daß ihr Mann (Ingenieur) ein Verhältnis zu seiner Mitarbeiterin sofort nach ihrer Selbstmordhandlung aus eigenem Antrieb eingestellt hatte. Ein neuer Anfang war aber unterblieben. Die Ehe blieb eine freudlose Zweckgemeinschaft.

An Hand dieses Falles wollen wir darauf verweisen, daß die ersthandelnden Ärzte oft aufgrund der Art des Konfliktes nicht helfen können, vor allem dort nicht, wo sie keinen Kontakt mit dem oder den Konfliktpartnern herstellen können. Unter Konfliktpartner verstehen wir die Person, oder Personengruppe, die nach Meinung der suizidalen Personen ursächlich an der Entstehung des Konfliktes direkt oder indirekt beteiligt waren.

1. Ehekonflikte und Konflikte mit dem Intimpartner

Unter dem Gesichtspunkt, daß Konfliktpartner bei der Lösung von Konflikten oft eine zentrale Stellung einnehmen und unter der Berücksichtigung der Motive, mag - abgesehen vom erfolgreichen Wirken bei den 13 Personen mit Psychosen - der geringe Erfolg bei den

übrigen 34 Personen deutlicher werden. Von diesen waren allein 23mal Ehekonflikte und Konflikte mit dem Intimpartner und 5mal familiäre Auseinandersetzungen als Motiv für die Selbstmordhandlung angegeben worden. In einem anderen Fall gab es Schwierigkeiten mit den Hausbewohnern. Bei dieser Vielzahl von Konflikten im zwischenmenschlichen Bereich waren demnach in 97,0% (33 von 34) Konfliktpartner vorhanden.

In 5 Fällen waren die Ehekonflikte dadurch entstanden, daß die Ehemänner ein außereheliches Verhältnis unterhielten. Nur ein Ehemann brach seine Beziehungen ab. Bei den übrigen nahm lediglich die Frequenz der Treffen ab. Zwar trat bei allen Beteiligten eine Art von Gewöhnung ein, die psychische Belastung konnte jedoch nur wenig abgebaut werden. Nach Angaben der Ehefrauen konnten oder wagten sie nicht die Scheidung einzureichen.

Der Alkoholabusus der Ehemänner, die häufig unter Alkoholeinwirkung Streit auslösten und dabei oft grundlos jähzornig bzw. eifersüchtig waren, führte in 3 Fällen zur Selbstmordhandlung. In einem Fall halfen die Ärzte wie oben ausgeführt bei der Durchführung der Scheidung und in einem anderen Fall konnten sie auf den Ehemann grundlegend einwirken. Der Ehekonflikt von Frau K.B. blieb nur leicht gemildert bestehen. Der Ehemann, nach Meinung von VP durch ihren SMV "doch irgendwie beeindruckt" unterließ die Eifersuchtsszenen.

In zwei weiteren Fällen waren weniger die Ehepartner als vielmehr die Gegebenheiten der Ehe, nämlich die berufliche Beanspruchung und das ungleich höhere Alter die Ursache für die Ehekonflikte. Beide Suizidhandlungen waren klinisch als demonstrativ eingestuft worden.

Frau W.W., 42 Jahre, fühlte sich als Hausfrau nach dem Heranwachsen ihrer Kinder nicht ausgefüllt, nach ihrem Dafürhalten hatte ihr Mann zu wenig Zeit für sie übrig. Die Aussprache im Kreis der Familie bewog den Ehemann (Prokurist) seinen sonntäglichen Gang ins Büro aufzugeben und sich mehr der Familie zu widmen. Eine grundlegende Änderung in der Beziehung der Eheleute war damit nicht verbunden. Frau W. gab bei der

Katamnesenerhebung deutlicher als bei der Exploration in der Nervenlinik zu verstehen, daß sie wegen der an Überstunden reichen Berufstätigkeit des Mannes keinen Freudeskreis besitze, daß sie die mangelnde Nähe zur Stadt Erlangen vermisse und sich aber die Ablegung der Führerscheinprüfung nicht zutraue.

Frau H.Z. hatte 1960 mit 31 Jahren einen 68-jährigen Mann geheiratet. Der 80-jährige hatte sich, obwohl angeblich sonst sehr herzlich, tyrannische Züge angeeignet, die Frau Z. bei der Versorgung ihrer Kinder aus drei Ehen zusätzlich "zur Verzweiflung gebracht" hatten. Eine schon ein Jahr vor dem SMV selbst eingeleitete psychotherapeutische Behandlung war aus Geld- und Zeitnot wieder abgebrochen worden. Nach dem SMV, der von Frau Z. als einschneidendes Ereignis empfunden worden war, fand sie, erschrocken über ihren Tiefpunkt, neue Kraft, um ihre Lebenssituation mit mehr Durchsetzungskraft gegenüber ihrem Mann anzugehen. Seine Rücksichtnahme sei nur ein wenig besser geworden.

In den übrigen 13 Fällen von Ehekonflikten, bzw. Konflikten mit dem Intimpartner lag der Grund für den Konflikt in erster Linie in der Persönlichkeit der suizidalen Personen selbst. 10 hatten die Diagnose abnorme Persönlichkeit erhalten und 3 die Diagnose Sucht und Abhängigkeit. Die Ehepartner dieser Patienten waren zwar zum Konfliktpartner erklärt, tatsächlich aber hatten sie zur Entstehung der Konfliktsituation ursächlich wohl wenig beigetragen.

Der Mann von Frau H.H., einer Alkoholikerin mit ausgeprägten stimmungslabilen und geltungsbedürftigen Persönlichkeitszügen, bemängelte wie schon seit über einem halben Jahr die schlechte Haushaltsführung und die mangelnde Erziehung der Kinder. Frau H. hatte an diesem Tag das Mittagsgeschirr noch nicht bis zum Abendessen abgewaschen. Die "ewigen Vorwürfe" hatte sie an diesem Abend endgültig satt. Nachdem sie noch eine halbe Flasche Wein ausgetrunken hatte, nahm sie die Tabletten.

Die Zeit nach dem SMV war in dem 14. Stockwerk eines Firmenwohnhauses in einer neuen Stadtrandsiedlung ohne grundlegende Änderung verlaufen. In der Zwischenzeit war sie wegen größerer Auseinandersetzungen noch mehrmals nachts mit ihren Kindern zu ihrer in der Nähe wohnenden Mutter gefahren.

Frau R.D., 31 Jahre, Hausfrau, eine stimmungslabile Persönlichkeit, gab an, von ihrem Haushalt und ihren 3 Kindern völlig überfordert zu sein. Von ihrem Mann fühlte sie sich nicht für voll genommen und nahm diesem übel, daß er ihr nach Arbeitsschluß nicht im Haushalt helfen wollte. Des öfteren verlor sie deshalb einfach die Beherrschung und warf mit Haushaltsgegenständen in der Wohnung um sich.

Die 52-jährige U.K., eine geltungsbedürftige Persönlichkeit war an ihrem Geburtstag vom Frühstückstisch wegen eines nach ihrer Meinung unpassenden Geschenkes aufgestanden und in den Wald gegangen. Nachdem sie wegen der Tabletteneinnahme Angst bekommen hatte, war sie zu einer zufällig am Waldrand wohnenden Freundin gerannt. Die Auseinandersetzungen waren schon über ein Jahr lang der Selbstmordhandlung vorausgegangen. Eine psychotherapeutische Behandlung war hier ebenfalls erfolglos geblieben. Nach dem SMV verschärfte sich durch eine plötzliche Eifersucht, von Frau K. hervorgerufen, die Probleme. Der Ehemann beantragte daraufhin die Scheidung, die 11 Monate nach dem Ereignis rechtskräftig wurde.

2. Familiäre Konflikte

Die Konflikte, die wegen familiärer Auseinandersetzungen in 5 Fällen entstanden waren, wiesen als gemeinsames Merkmal Schwierigkeiten auf, die durch das Zusammenleben mehrerer Generationen entstanden waren. Die Konfliktpartner sind bei dieser Art von Konflikten in der Mehrzahl. Im Extremfall stehen der suizidalen Person alle Familienmitglieder gegenüber.

Die 92-jährige M.G. und die 82-jährige A.L. standen einer geschlossenen Familienfront gegenüber. Beide hatten mit ihrem SMV ernsthaft versucht, sich vor einem Umzug in ein Heim zu bewahren. Da beide rüstig und voll energischer Persönlichkeit waren, entschlossen sich ihre Familienangehörigen doch zu diesem Schritt. Den beiden alten Damen half niemand, im Gegenteil, die Klinikfürsorgerin hatte den Heimplatz beschafft.

In den übrigen 3 Fällen konnten die betroffenen Personen mit Hilfe ihrer übrigen Familienmitglieder, insbesondere mit Hilfe der Ehemänner eine Lösung zu ihren Gunsten herbeiführen. Die jeweiligen Konfliktpartner, die die Wohngemeinschaft gestört hatten, mußten gegen ihre Absicht ausziehen.

3. Schwierigkeiten mit anderen

Die alleinstehende M.T., 50 Jahre, Arbeiterin, blieb auch bei der Lösung ihrer Konfliktsituation auf sich allein gestellt. Die einzige Möglichkeit, den Verleumdungen ihrer Hauswirtin, einer alten, fast erblindeten Frau, die gegen Erlaß eines Teiles der Miete mitversorgt werden mußte, zu entfliehen, hätte in einem Wechsel ihrer Hinterhofwohnung bestanden. Die Vorsprachen bei der gemeinnützigen Wohnungsbaugenossenschaft blieben ohne Erfolg. Die Vermieterin war durch den SMV zunächst erschrocken und für etwa 3 Monate weniger unausstehlich. Nach einem Jahr war das Verhältnis erneut jedoch wieder so stark gespannt, daß sich Frau T. nach einer weiteren Absage durch die Genossenschaft wieder mit Selbstmordgedanken trug. Die Verdienstmöglichkeit von Frau T. ließ einen Wohnungswechsel auf dem freien Wohnmarkt nicht zu.

Die einzige Möglichkeit, die für sie Hilfe bedeutet hätte, bestand in einer bleibenden Änderung des Verhaltens ihres Konfliktpartners.

4. Konflikte durch finanzielle und soziale Probleme

Personen, die SMV wegen finanzieller und sozialer Probleme unternahmen, hatten ihren Arbeitsplatz nach länger dauernden Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten, oder Mitarbeitern selbst gekündigt, oder eine Kündigung erhalten. Als Konfliktpartner sahen diese 4 Personen in jedem Fall die Betriebsleitung an.

Frau W.R. hatte nach ihrem SMV den Direktor einer Versicherungsfilialstelle, wo sie als Raumpflegerin tätig war, aufgesucht und ihm ihre Lage dargelegt. Sie war als Hausfrau auf einen zusätzlichen Verdienst zur Abgleichung eines von ihr unüberlegten Ratenkaufes angewiesen. Durch die persönliche Einschaltung ihres Chefs beim Arbeitsamt erhielt sie binnen kurzer Zeit eine ihr sehr zusagende Stelle in einem Altenpflegeheim vermittelt.

Der Betriebsleiter von A.B. zog die Kündigung nach einem Anruf des behandelnden Arztes in der Nervenklinik zurück. Herr B. bestand die folgende Probezeit nicht, noch innerhalb eines halben Jahres erfolgte die endgültige Kündigung. Der kontaktschwache, mit einem IQ von 75 unterdurchschnittlich begabte und als schwarzes Schaf in seiner Familie lebende Junggeselle erhielt von da an Arbeitslosenunterstützung.

Die beiden anderen Personen waren eine ausgeprägte asthenische Persönlichkeit und ein Alkoholsüchtiger. Nach ihren Schilderungen waren ihre jahrelangen Verdienste um ihre Betriebe nicht honoriert worden. Zum Zeitpunkt der Katamnesen waren sie auch mit ihren neuen Stellen, die sie vom Arbeitsamt vermittelt bekommen hatten, bzw. beim Arbeitsgericht eingeklagt hatten, nicht zufrieden.

C. Hilfe durch Familie und Bezugspersonen aus dem weiteren sozialen Umfeld

Nach F. BÜCKER (1973) ist der Familienstand ein wesentliches Kennzeichen in der persönlichen Lebenssituation, die zur Auslösung von suizidalen Akten häufig beiträgt. Für die Lösung der Konflikte müßte dem Familienstand eine ähnlich entscheidende Rolle zukommen. 37 Personen (78,7% unseres Untersuchungsgutes) waren zum Zeitpunkt des Selbstmordversuches verheiratet, 3 verwitwet, 1 geschieden und 6 ledig. Nur 1 Person lebte allein, alle anderen lebten auch als Ledige mit Familienmitgliedern bzw. zumindest Ehepartnern zusammen. Zusätzliche, enge Beziehungen zu Personen des weiteren sozialen Umfeldes gaben insgesamt nur 7 Patienten an.

Über sehr positive Reaktionen der Familie und des sozialen Umfeldes berichteten die 13 Patienten, die auf dem Boden einer Psychose den SMV unternommen hatten.

Das Mit-Einbeziehen der Angehörigen in die Therapie der stationären Patienten zeigte in den beiden Fällen, bei denen erstmals eine endogene Depression diagnostiziert wurde, einen beispielhaften Erfolg. Durch sorgfältige Aufklärung über das Wesen der Krankheit konnte die bis zum SMV jeweils kritische Situation in beiden Familien völlig geglättet und darüber hinaus eine ununterbrochene Zuwendung der Familienangehörigen zu den Patienten erreicht werden.

Soweit eruierbar, brachten auch die Familienmitglieder und weitere Bezugspersonen in den übrigen Fällen dem psychischen Ausnahmezustand Verständnis entgegen. Nur eine Patientin mußte eine grobe Maßregelung wegen des Schreckens, den ihre Handlungsweise ausgelöst hatte, über sich ergehen lassen.

4mal entzog die Umgebung den Patienten nach der Entlassung die weitere Verwaltung der Medikamente, um einem neuen Rückfall vorzubeugen. In keinem Fall wurde eine für die Patienten negative Konsequenz im familiären oder beruflichen Bereich gezogen.

In dem zahlenmäßig größeren Restkollektiv war die Bilanz der Reaktionen von seiten des sozialen Umfeldes erheblich weniger positiv. Bei diesen 34 Personen war nur in 10 Fällen eine Hilfestellung erfolgt. Als sehr hilfreich wurde in zwei Fällen der Zuzug der Mutter in den eigenen Haushalt beurteilt. Davon abweichend war Frau B. ihrem Ehemann sehr dankbar, daß er einen Altersheimplatz für ihre bis dahin in der Wohngemeinschaft lebende Mutter besorgt hatte. In den übrigen Fällen half vermehrte Fürsorge, häufigere Aussprachen, Mutmachen und gerade bei Familienzwistigkeiten eine offene Parteinahme, z.B. des Ehemannes für seine Frau. Als Herr W. seiner Frau in Anwesenheit der verheirateten Kinder versicherte, daß er nun dieselbe Ansicht wie sie vertrete, hatte ein Erbstreit ein Ende.

Von Freunden, Nachbarn und Arbeitskollegen war nur in einem Fall eine wesentliche Hilfestellung erbracht worden. Wie erwähnt erfolgte eine Angabe über deren Vorhandensein nur 7mal.

D. Das eigene Mitwirken der Patienten an der Lösung ihrer Konflikte

Die von E. RINGEL (1953) als Teil des präsuizidalen Syndroms beschriebene psychische Einengung scheint in der Zeit nach einem SMV in einem weit geringeren Ausmaß zu bestehen. Nur so ist es zu verstehen, daß von den suizidalen Personen selbst nach dem SMV zahlreiche Aktivitäten zur Lösung ihrer Probleme unternommen wurden.

Die Patienten mit Psychosen waren mit Ausnahme eines an fortgeschrittener Hirnarteriosklerose leidenden Mannes alle mit einer psychiatrischen Behandlung bzw. stationären Aufnahme einverstanden. Auch für die 4 Patienten mit Defektsyndromen konnte eine grundsätzliche Zustimmung erhoben werden.

Die Hälfte der übrigen 34 Patienten entwickelte nach dem SMV Aktivitäten, die zwar nur in wenigen Fällen eine völlige Bereinigung des Konfliktes herbeiführten, in den übrigen jedoch Teillösungen brachten. Eine Patientin ließ sich scheiden und später als Kindergartenhelferin anlernen, um sich eine finanzielle Unabhängigkeit zu sichern. Zusätzlich wechselte sie ihren Wohnort. Die Patientin hatte dabei drei wesentliche Entscheidungen gefällt, die sie unterstützt von Ärzten, Freunden und einem Geistlichen und wesentlich aus eigener Entschlußkraft getroffen hatte.

In drei Fällen wurde eine eigene Fehlhaltung aufgegeben. Der Maurer G.K., 32 Jahre, kam völlig ohne fremde Hilfe von seinem vorher ausgeübten Analgetika-Abusus ab. Frau E.J., 39 Jahre, Hausfrau, knüpfte zu einer Glaubensgemeinschaft engere Beziehungen und mied danach den Alkoholgenuß. Sie war mit Sicherheit nicht süchtig, verlor aber schon unter geringer Alkoholeinwirkung die Kontrolle über sich, was häufigere Ehestreitigkeiten nach sich zog. Frau E.Z. sah ein, daß es nicht richtig war, einen Kleinkredit in Höhe von DM 2.000.-- hinter dem Rücken ihres Ehemannes aufzunehmen. Die fälligen Raten waren ihr über den Kopf gewachsen. Sie wandte sich mit ihren Haushaltssorgen wieder an ihren Mann, der ihr die Regelung der Verpflichtungen abnahm.

In 13 Fällen, bei denen keinerlei Hilfe von außen (Fachleute, Konfliktpartner, Familie und soziales Umfeld) wirksam geworden war, kam es zu einer Besserung der Lage lediglich dadurch, daß die suizidalen Personen nach dem SMV selbst mehr Abstand zu dem ursächlichen Konflikt erreichten. Diese 13 Personen gewannen eine andere Einstellung zu dem ursächlichen Konflikt in der Form, daß entweder die Probleme nicht mehr so belastend empfunden wurden, oder eine Möglichkeit des Arrangierens gesehen wurde. Damit war ein "modus vivendi" gefunden worden, der aber immer noch eine erneute Zuspitzung des von der Substanz her nicht veränderten Konfliktes als Gefahr in sich barg.

Diese 13 Personen, die sich zwangsläufig durch Anpassung selbst halfen, ohne das eigentliche Problem anzugehen, weisen als Gruppe im Hinblick auf Motiv und Diagnose keinen wesentlichen Unterschied gegenüber dem Gesamtkollektiv auf. Ihr gemeinsames Kennzeichen, eine Verhärtung der Konfliktfront, wäre 9mal nur dadurch angehebbar gewesen, wenn die Lösung von außen, also vom jeweiligen Konfliktpartner gekommen wäre. Bei Frau A.Z., 47 Jahre, Hausfrau, hätte der Ehemann wieder zurückkehren müssen. Bei Frau W.R. hätte eine Annullierung eines unnötigen Kaufvertrages geschehen müssen. Frau L.M. wäre zufrieden gewesen, wenn ihr Sohn mit der unliebsamen Schwiegertochter freiwillig aus der Kellerwohnung ihres Reihenhauses ausgezogen wäre.

Dort wo eine Lösung des Konfliktes allein durch die suizidale Person selbst hätte erfolgen müssen, handelte es sich um abnorme Persönlichkeiten, oder Süchtige, unter denen ihre Umwelt litt und wo diese zu weiteren Kompromissen nicht mehr bereit war.

Frau C.D., 37 Jahre, ist eine asthenische Persönlichkeit. Der psychische Befund zum Zeitpunkt der Katamnesenerhebung lautete wie folgt: Frau D. wirkt unsicher, ist mit sich selbst nicht zufrieden, fühlt sich in ihrer Position als Hausfrau und Ehefrau nicht ausgefüllt, scheint in bezug auf ihren Lebenslauf zu resignieren und öfters

im Alkohol Zuflucht zu suchen. Von ihrem äußeren Erscheinungsbild und ihrem Haushalt her läßt sie sich deutlich gehen.

Die Lebensgeschichte verdichtet das Bild. Nach dem Abitur und Abschluß einer MTA-Ausbildung heiratete sie mit 21 Jahren einen 12 Jahre älteren Mann, um dem Eingesperrtsein bei ihren Eltern zu entinnen. 1963 heiratete sie noch im Jahr ihrer Scheidung einen Oberstudiendirektor. Auch aus dieser Ehe gingen zwei Kinder hervor. Sie lebt nun als Hausfrau im Villenviertel eines Vorortes, hat lediglich einige Bekannte, hat keine eigentlichen Freunde. Unter der geringen Aufmerksamkeit und Zuneigung durch den Ehemann leide sie stark. Eine besondere Schuld könne sie ihm jedoch nicht vorwerfen. Es gebe öfters Streit, insbesondere wenn Besuch da sei und Alkohol getrunken werde.

Nach einer solchen Einladung, die sie gegeben hätten, wollte sie sich mit ihrem Mann noch nach dem Genuß von vier Schoppen Wein weiter unterhalten. Er sei aber wortlos schlafen gegangen. Da habe sie die Wut gepackt und sie habe Schlaftabletten eingenommen und ihm auch davor ihre Absicht angekündigt. Sie habe ihn damit erpressen wollen.

Nach der Entlassung aus der Intensivstation war sie in der Poliklinik der Universitätsnervenklinik untersucht worden. Den Rat, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, befolgte sie ohne Erfolg. Nach zwei Sitzungen brach sie die Behandlung ab, da sie mit einem Fremden nicht über ihre privaten Angelegenheiten sprechen könne. Vom Ehemann war sie von der Klinik abgeholt worden. Er sei nicht sehr freundlich gewesen und so sei es bis heute geblieben. Sie denke des öfteren darüber nach, daß das Leben nichts Wert sei, aber weiter verfolge sie diese Gedanken nicht.

IV. VERSUCH EINER QUANTITATIVEN BETRACHTUNGSWEISE DER VERSCHIEDENEN EINFLÜSSE BEI DER LÖSUNG DER FÜR DIE SELBSTMORDVERSUCHE URSÄCH- LICHEN KONFLIKTE

Wir haben in dem vorliegenden Ergebnisteil die verschiedenen Möglichkeiten einer Hilfestellung in dem einem SMV folgenden Zeitraum dargestellt.

Der im folgenden unternommene Versuch einer qualitativen Betrachtungsweise zeigt, daß neben der Vielfalt auch eine Vielzahl von Lösungsversuchen zu verzeichnen ist. Abgesehen von dem routinemäßig durchgeführten Gespräch mit dem konsiliarisch hinzugezogenen Psychiater oder seinem Kollegen in der Poliklinik, sind pro Person im Durchschnitt mehr als zwei Lösungsversuche unternommen worden. Die Arbeit der Internisten in der Intensivstation ist dabei ebenfalls nicht mit berücksichtigt. (Tabelle 19)

Ein großer Anteil, mit 22 Versuchen, kam von den Personen, die in dem jeweiligen, dem SMV zugrundeliegenden Konflikt verwickelt waren und von den Suizidalen als Verursacher oder richtende Instanz, vor der sie sich zu verantworten hatten, angesehen wurden. Wir haben diesen Personenkreis als Konfliktpartner benannt.

Von den betroffenen Personen, die den SMV begangen haben, wurden in 27 Fällen eigene Versuche zur Konfliktlösung unternommen.

Fachleute, wie Klinikärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, niedergelassene Fachärzte, Hausärzte, Sozialarbeiter und Seelsorger bemühten sich 18mal um eine Lösung des Konfliktes. Meist waren diese Bemühungen in Form einer ambulanten Behandlung durchgeführt worden, oder als außerordentliche Maßnahmen im Rahmen einer stationären Behandlung. Die 22 stationären Aufnahmen sollen an dieser Stelle als Versuche zur Konfliktlösung eigens aufgeführt werden.

Von Familienmitgliedern und Bezugspersonen gingen 16mal Versuche zur Konfliktlösung aus.

Konfliktpartner	22	20,9 %
eigene Versuche	27	25,7 %
Fachleute	18	38,0 %
stationäre Aufnahme	22	
Bezugspersonen	16	15,2 %
zusammen	105	100 %

Tabelle 19: Verteilung der unternommenen Versuche zur Konfliktlösung

V. ZEITLICHE ZUORDNUNG DER UNTERNOMMENEN LÖSUNGSVERSUCHE

Einen interessanten Aspekt liefert auch die zeitliche Aufteilung der Lösungsversuche. Mit Ausnahme von 5 Versuchen waren alle übrigen 100 Aktivitäten in dem einem SMV unmittelbar folgenden Zeitraum unternommen worden, bzw. in dieser Zeit definitiv eingeleitet worden. Diese Zeitspanne umfaßt lediglich wenige Tage nach dem SMV. Die 5 späteren Lösungsversuche hatten jedoch dadurch ein besonderes Gewicht, da sie gezielt vorbereitet unternommen worden sind. Sie führten in drei Fällen zu einer völligen Bereinigung der vorherrschenden Konfliktsituationen.

VI. ERGEBNIS DER BEMÜHUNGEN ZUR KONFLIKTBEREINIGUNG BEZOGEN AUF DEN EINZELFALL

Unsere bisherigen Ausführungen haben die verschiedenen Arten einer möglichen Konfliktbereinigung, ihre Zahl und den zeitlichen Verlauf zum Thema gehabt. Wenn wir dabei auch über den Erfolg einzelner Maßnahmen berichtet haben, so geschah dies aus dem Blickwinkel dieser jeweiligen Bemühung, um ein Urteil über diese Einzelmaßnahmen fällen zu können. Im folgenden soll nun auf die zentrale Frage "was haben

diese vielen Bemühungen für die einzelne Person im Hinblick auf ihre Konfliktlösung gebracht"? eine Antwort gegeben werden. Es soll in Form einer qualitativen Betrachtungsweise Bilanz in bezug auf den Einzelfall gezogen werden.

Relativ leicht überschaubar ist das Ergebnis der Bemühungen zur sogenannten Konfliktbereinigung bei den Patienten mit Psychosen. Nach der von internistischer Seite durchgeführten Entgiftung war die psychiatrische Krisen-Intervention in Form von Diagnosestellung und Behandlung in allen 13 Einzelfällen zunächst erfolgreich. Zu diesem Erfolg trugen auch die jeweiligen Familienangehörigen durch ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und Fürsorge bei. Wir sehen es auch zweifelsfrei als Erfolg an, wenn in dem Fall der Patientin A.W., 46 Jahre, eine Dauerunterbringung zum Schutz der Patientin verfügt wurde, nachdem nach früheren vergeblichen diagnostischen Maßnahmen die Grundkrankheit Chorea Huntington gesichert werden konnte. Wie wir weiter unten noch ausführen werden, waren zwar in der Zwischenzeit bei einigen Patienten erneut krankheitsbedingte Zuspitzungen aufgetreten, zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung war lediglich im Falle der Frau E.N. ein psychische Auffälligkeit in Form einer ausgeprägten depressiven Stimmungslage zu beobachten, die sicherlich in kurzer Zeit eine stationäre Behandlung nötig werden lassen konnte. Bei allen übrigen psychisch Kranken konnten wir keinerlei Anzeichen eines Leidensdrucks feststellen.

Demgegenüber war in der Gruppe der Personen (n=34), deren SMV in einem weit stärkeren Maße eine Reaktion auf einen faßbaren Konflikt darstellten in dem von der Katamnese erfaßten Zeitraum weit weniger Einzelschicksale gelöst. Lediglich 9 Personen konnten uns auf die Frage nach ihrer gegenwärtigen persönlichen Situation angeben, daß sie zum Zeitpunkt der Exploration keine Probleme mehr hätten. Bezogen auf die Gesamtzahl dieser Gruppe (n=34) sind das 26,4% und gemessen am Gesamtkollektiv (n=47) 19,1%. Von den übrigen 25 Personen standen noch 9 (26,4%) unter unvermindert starkem Konfliktdruck, trotz der relativ langen Katamnesendauer von 20,8 Monaten. Die restlichen 16 Personen (47,0%) bezeichneten ihren ursächlich zum SMV

führenden Konflikt als wenigstens teilweise gelöst oder zumindest als deutlich gemindert. Von ihnen standen jedoch 5 Personen unter einem neuen zusätzlichen Konflikt, der erst durch die Suizidhandlung entstanden war.

Anzumerken ist, daß unmittelbar nach dem Suizidversuch für Herrn A.B. zunächst für ein Jahr ebenfalls das Leben wieder problemfrei war. Die Ärzte der Nervenklinik hatten die Rücknahme der Kündigung erreicht. Da Herr B. die erneute Probezeit aber wiederum nicht bestand, wurde die Kündigung erneut ausgesprochen. Eine neue Arbeitsstelle fand sich nicht.

Für Frau S.L. war ebenfalls mit Hilfe der Nervenklinik durch eine Scheidung der Ehekonflikt behoben, da sie jedoch einen erweiterten Suizidversuch unternommen hatte, lag der Tod des dabei verlorenen Kindes noch wie ein schwerer Schatten über ihrem Leben.

psychiatrisch behandelte, kompensierte Patienten	12	25,5 %
dekompensierte Patienten	1	2,1 %
problemfrei, mit gelösten Konflikten	9	19,1 %
unvermindert starker Konfliktdruck	9	19,1 %
teilweise gelöste oder verminderte Konflikte	11	23,4 %
zusätzlicher Konflikt durch SM-Handlung	5	10,6 %
zusammen	47	100 %

Tabelle 20: Konfliktsituation zur Zeit der Exploration

Es soll zusammenfassend noch einmal herausgestellt werden, daß von allen 47 nachuntersuchten Personen zur Zeit der Exploration 9 Personen völlig frei von Konflikten waren und 12 weitere, psychisch

krankte Personen, nicht unter ihrer Krankheit litten. Weit über die Hälfte (55,3%) mußten mit ihren Konflikten immer noch weiter leben, oder standen unter einem neuen Konflikt, der erst durch den SMV verursacht worden war. (Tabelle 20).

VII. VERÄNDERUNGEN IM GESAMTZEITRAUM DER KATAMNESEN AUS SOZIO- LOGISCHER UND PSYCHIATRISCHER SICHT

Die zahlenmäßig weiter über 100 unternommenen Lösungsversuche haben auch zahlreiche Veränderungen im Gesamtzeitraum der Katamnesendauer herbeigeführt. Die erwünschten und oft auch unerwünschten Folgen sollen unter soziologischen und psychiatrischen Aspekten zusammengefaßt werden.

1. Veränderungen im sozialen Bereich

In Übereinstimmung mit H.-L. WEDLER (1973) konnten wir zahlreiche Veränderungen (n=24) betreffend den Familienstand, den Beruf und den Wohnort bzw. die Wohngemeinschaft registrieren. (Tabelle 21). 3 Ehen wurden geschieden, 3mal wurde der Arbeitsplatz gewechselt, 7mal sogar der Beruf. Der Wohnort wurde 3mal und die Wohngemeinschaft, einschließlich Weg- und Zuzug von Familienmitgliedern 8mal geändert.

Familienstand:	
Scheidung	3
Beruf:	
Arbeitsplatzwechsel	3
Berufswechsel	7
Wohnortwechsel:	3
Wohngemeinschaftswechsel	8
zusammen	
	24

Tabelle 21: Veränderungen im sozialen Bereich in dem Gesamtzeitraum der Katamnesen.

Der Vergleich mit den von Th. DITTMANN gefundenen Ergebnissen zeigt jedoch, daß bei den unter 30-jährigen insgesamt weit mehr Änderungen im sozialen Bereich in der Gesamtzeit eingetreten sind, nämlich doppelt soviel.

Soweit eruierbar war nur die Hälfte aller Änderungen in einen Zusammenhang mit dem SMV zu bringen.

Die Bewertung der Veränderungen war durch die einzelnen Befragten wiederum sehr unterschiedlich: Eine Scheidung vom Ehemann hatte den ursächlichen Konflikt gelöst. Die beiden anderen Scheidungen waren von den Konfliktpartner eingeleitet worden und wurden von den betroffenen Patienten als der nicht erwünschte Abschluß eines länger dauernden Konfliktes gewertet.

Veränderungen in der Gruppe mit den gelösten Konflikten hatten in jedem Fall, auch wenn sie zeitlich unabhängig vom SMV geschehen waren, für den Betroffenen positiven Charakter. In der Gruppe der andauernden Konflikten hielt sich das positive und das negative Urteil über die eingetretenen Veränderungen die Waage.

2. Erneut notwendige psychiatrische Intervention

Von den Patienten mit Psychosen mußten 8 der 13 in der Zwischenzeit erneut stationär behandelt werden. Im Durchschnitt lag der Zeitpunkt der Wiedereinweisung fünf Monate nach dem von uns erfaßten SMV.

Es muß angemerkt werden, daß von diesen 8 Patienten nach ihrer Klinikentlassung 2 überhaupt keine Nachbetreuung, auch von keinem niedergelassenen Arzt erfuhren und 2 weitere Patienten ohne gelegentliche fachärztliche Kontrolle von ihrem Hausarzt lediglich ihre Medikamente verordnet bekamen.

Dieser Überblick über den Gesamtzeitraum der Katamnesen läßt eine zweipolige Häufung der Veränderungen als Eigenheit erkennen. Es fällt auf, daß Veränderungen im sozialen Bereich fast ausnahmslos bei den Patienten registriert werden können, deren SMV eine Reaktion auf einen fassbaren reaktiven Hintergrund darstellen. Die Patienten, deren SMV auf dem Boden von Psychosen unternommen worden waren, beanspruchten dafür in der Folgezeit die gesamte erneut notwendig gewordene psychiatrische Intervention allein für sich. Aus dieser und im weiter vorausgegangenen Text ebenfalls immer wieder bereits angeklungenen Unterschiedlichkeit sehen wir die Berechtigung gegeben, im Nachfolgenden eine Unterteilung in eine Gruppe A (SMV bei fassbar reaktivem Hintergrund) und eine Gruppe B (SMV auf dem Boden von Psychosen) zu treffen.

VIII. IN DER ZWISCHENZEIT AUFGETRETENE KONFLIKTE UND SELBSTMORD-REZIDIV-HANDLUNGEN

13 Personen (38,2%) der Gruppe A (n=34) berichteten uns über neu aufgetretene Schwierigkeiten mit Konfliktcharakter in der Zeit der Katamnesendauer. Es handelte sich zum Teil um Folgen der Selbstmordhandlung, wie auch um neue Anlässe, bei denen die frühere Problematik wieder aktualisiert wurde.

Nur 2 Patienten gingen ihre Probleme selbst aktiv an und konnten eine völlige Lösung selbst herbeiführen. In einem Fall überschrieb die Patientin das umstrittene Wohnhaus notariell einem Sohn und schaffte dadurch für die ihr bislang zusetzende andere Tochter klare Fronten. Sicherlich wird es in manchen Fällen, wie bei einer nicht erwünschten Scheidung durch den Ehepartner oder bei einem Verlust des eigenen Kindes als Folge eines erweiterten Suizidversuches niemals eine völlige Konfliktlösung geben.

Von den Patienten mit Psychosen (Gruppe B, n=13) wurde in keinem Fall von einem erheblichen Konflikt aus dem Bereich des Zusammenlebens und des beruflichen Alltags berichtet. Die Schwierigkeiten, die auftraten, waren krankheitsbedingt. Über die erneuten notwendig gewordenen stationären Aufnahmen haben wir im vorangehenden Teil berichtet. Bei 4 Patienten konnten wir in den Krankengeschichten Hinweise auf erneute Selbstmordgedanken finden. Die Grundkrankheiten dieser Patienten waren: Chorea Huntington, 2mal endogene Depression und eine methalkoholische Psychose. In 3 dieser Fälle kam es zu einem neuen SMV. Die Abstände zu dem von uns erfaßten SMV betrugen 3, 3 1/2 und 9 Monate.

Die Frage nach in der Zwischenzeit erneut aufgetretenen Selbstmordgedanken und Selbstmordhandlungen erschien uns auf den ersten Blick schwierig, sie ließ sich aber in der Regel organisch in die Gesprächsführung einbauen.

4 Personen der Gruppe A hatten sich erneut Gedanken über Planung und Ausführung von Selbstmordhandlungen gemacht. Eine Person hatte erneut einen Suizidversuch unternommen. Die Gründe für die erneuten Suizidgedanken bzw. Suizidhandlungen waren 4mal im alten Konfliktbereich zu suchen und einmal in einer negativen Reaktion der Umwelt auf den Selbstmordversuch (Tabelle 22).

Alle erneuten Gedanken, wie auch die Rezidivhandlung wurden ausschließlich von Personen unternommen, deren Konflikte nicht gelöst waren.

	Gruppe A n=34	Gruppe B n=13	Gesamt
Selbstmordgedanken	1	4	5
Selbstmordhandlungen	1	3	4

Tabelle 22: Rezidiv-Selbstmordgedanken und -handlungen
in der Zwischenzeit

IX. SELBSTEINSCHÄTZUNG DER ZUKÜNFTIGEN REZIDIVMÖGLICHKEIT

Zum Abschluß des Ergebnisteiles soll die Auswertung einer Frage dargestellt werden, die wir ebenfalls am Ende der Exploration stellten. Es konnten nur die Antworten der Angehörigen der Gruppe A ausgewertet werden.

Auf unsere Frage "Können Sie sich vorstellen, daß es in Ihrem Leben wieder eine Situation geben könnte, in der Sie keine andere Möglichkeit sehen, als noch einmal zu versuche, freiwillig aus dem Leben zu scheiden?" antworteten 58,8% mit "nie wieder!", dagegen wollten 41,1% eine neuerliche Selbstmordhandlung nicht ausschließen. (Tabelle 23). Bis auf eine Ausnahme waren bei diesen wenig von einem SMV distanzierten Personen die ursächlichen Konflikte in der Zwischenzeit nicht gelöst worden.

	Gruppe mit er- folgter Konflikt- lösung n=9	Gruppe mit nicht erfolg- ter Konflikt- lösung n=25	gesamt
"nie wieder"	8	12	20
"nicht auszuschließen"	1	13	14
zusammen	9	25	34

Tabelle 23: Subjektive Einschätzung der zukünftigen Rezidiv-
möglichkeit für eine SM-Handlung

ERÖRTERUNG DER ERGEBNISSE

Von 47 Personen waren durchschnittlich 20,8 Monate nach einem Selbstmordversuch Katamnesen erhoben worden. Die in dieser Arbeit erfaßten Personen waren zum Zeitpunkt der Selbstmordhandlung älter als 30 Jahre; das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren. Die älteste Patientin war 91 Jahre. Frauen sind mit 78,7% 3,7mal häufiger vertreten als Männer.

Schulbildung, Intelligenzniveau und Religionzugehörigkeit weichen von der Verteilung in der Normalbevölkerung nicht ab. Der berufliche Werdgang der Nachuntersuchten war durch die Jahre des zweiten Weltkrieges geprägt. 42,5% stufen ihre Berufswahl als Notlösung ein. 21 der 37 Frauen waren zum Zeitpunkt der Selbstmordhandlung Hausfrauen.

Der nachuntersuchte Personenkreis wies ein hohes Maß an familiärer Bindung auf. 85,1% aller nachuntersuchten Patienten lebten zum Zeitpunkt ihres Selbstmordversuches in einer Familie, 10,5% allein mit dem Ehepartner oder einem Lebensgefährten und nur 4,2% allein für sich. Enge Kontakte zu Bezugspersonen des sozialen Umfeldes wurden lediglich von 7 Personen angegeben. Von allen Personen haben 72,3% mindestens einmal in ihrem Leben einen Wohnortwechsel vollzogen. Die Hälfte der nachuntersuchten Personen hatte den Wohnort wegen der Kriegswirren zwangsläufig geändert.

Nicht weniger als 17 Personen, das sind 36,1% des Gesamtkollektivs, haben vor dem von uns erfaßten SMV bereits eine oder mehrere Suizidhandlungen unternommen. Diese überdurchschnittliche Rezidivquote scheint weniger eine Eigenheit unseres Kollektivs, als vielmehr eine Verfahrensfrage der Erfassung zu sein. Die Effektivität der oft mehr als 2 Stunden beanspruchenden Katamnesenerhebung wird offensichtlich auch durch ein solches Nebenergebnis bestätigt.

Von den Nachuntersuchten schätzen 53,1% den von uns erfaßten SMV selbst als ernsthaft ein. Die von den Ärzten der Kliniken und zum Teil von uns ergänzend vorgenommene klinische Wertung als Versuch einer objektiven Beurteilung konnte nur für 34,0% diese Einschätzung treffen. Wir hatten nicht selten den Eindruck, daß neben wenigen,

die anfänglich den SMV vor uns herunterspielen wollten, viel mehr Patienten den Versuch unternahmen, durch eine Überbetonung der Ernsthaftigkeit sich auch vor uns nachträglich zu rechtfertigen.

Am häufigsten (n=19) wurde die klinische Wertung "demonstrativ" vorgenommen. Für "demonstrativ" scheint uns das Wort "Hilferuf" wohl gerechter. Wir gewannen durch Würdigung der SMV-Anamnese, einschließlich Ablauf der Selbstmordhandlung und Persönlichkeit des Selbstmord-Patienten die Überzeugung, daß die sogenannten demonstrativen Selbstmordversuche bei den über 30-jährigen im Regelfall weniger dazu dienten, die eigene Person in den Mittelpunkt zu stellen, etwa im Sinne von Geltungssucht, verbunden mit hysterischen Zügen, als vielmehr dazu, auf die eigene Not und Ausweglosigkeit zu deuten, da alle anderen appellativen Versuche dieser Personen davor ohne Reaktion geblieben waren. Die Wertmessung der "eigenen Not" war dabei selbstverständlich individuell unter subjektiven Gesichtspunkten vorgenommen worden.

Die Reaktionen der Umwelt auf die Selbstmordversuche waren - wie wir oben ausgeführt haben - zahlreich, aber von sehr unterschiedlicher Intensität und Tragweite. Die von anderer Seite (E. RINGEL, 1964; W. FEUERLEIN, 1978) im Sinn einer Krisenintervention apostrophierten Maßnahmen durch Fachleute, Konfliktpartner, Familienangehörige und Bezugspersonen trugen zur Lösung der Konflikte in sehr unterschiedlichem Ausmaß bei. Gesetzmäßigkeiten waren kaum erkennbar.

Aus dem Gesamtkollektiv haben wir 13 Patienten, die unter einer Psychose litten, in unserer Untersuchung eine Sonderstellung eingeräumt, mit der Begründung, daß deren Problemlösung so gut wie ausschließlich medizinischer Natur war. Zum Zeitpunkt der Katamnesenerhebung waren 12 von ihnen psychiatrisch erfolgreich behandelt und nur eine Patientin war in Form eines sich deutlich abzeichnenden neuerlichen Schubs einer Depression dekompenziert. Insgesamt ein sehr positives Ergebnis der medizinischen Bemühungen, auch wenn einschränkend berücksichtigt werden muß, daß teilweise zwischenzeitlich erneut krisenähnliche Phasen aufgetreten waren.

Demgegenüber waren in der Gruppe der Personen (n=34), deren Selbstmordversuche in einem weit stärkeren Maße eine Reaktion auf einen faßbaren Konflikt darstellten, in dem von der Katamnese erfaßten Zeit-

raum weit weniger Einzelschicksale gelöst. Lediglich 9 Personen konnten uns auf die Frage nach ihrer gegenwärtigen persönlichen Situation angeben, daß sie keine Probleme mehr hätten. Bezogen auf die Gesamtzahl dieser Gruppe sind das 26,4% und gemessen am Gesamtkollektiv (n=47) 19,1%. Von den übrigen 25 Personen standen noch 9 (26,4%) unter unvermindert starken Konfliktdruck, trotz der relativ langen Katamnesendauer von 20,8 Monaten. Die restlichen 16 Personen (47,0%) bezeichneten ihren ursächlich zum SMV führenden Konflikt als wenigstens teilweise gelöst, oder zumindest als deutlich gemindert.

Wir haben einleitend darauf hingewiesen, daß es ein wesentliches Anliegen dieser Untersuchung ist, das Ausmaß der Konfliktbereinigung in der Zeit nach dem SMV zu erfassen. Neben dem überragenden Erfolg bei Patienten mit psychischen Erkrankungen ist das Ergebnis bei den Personen mit SMV mit ausschließlich reaktivem Hintergrund ohne Übertreibung erschreckend. Die Zahl von 9 Personen mit in der Zwischenzeit gelösten Konflikten gegenüber 25 mit noch lebensbestimmenden, den Alltag wesentlich belastenden Konfliktsituationen, stellt eine sehr niedrige positive Rate dar.

Ein wesentliches Kennzeichen der Gruppe mit gelösten Konflikten ist das hohe Maß an Eigeninitiative bei der Konfliktbereinigung. Von den 9 haben 8 (88,8%) aktiv an der Konfliktlösung mitgewirkt.

Neben den Betroffenen waren dreimal die Konfliktpartner, dreimal Familienmitglieder, einmal befreundete Außenstehende und fünfmal die Fachleute an den Konfliktlösungen beteiligt. Damit waren pro Person 2,2 Lösungsversuche unternommen worden. Ein quantitativer Unterschied in bezug auf die Anzahl unternommener und angebotener Hilfestellungen gegenüber dem Gesamtkollektiv (2,23 pro Person) ergibt sich damit nicht. Es handelt sich demnach um ein qualitatives Problem.

Zusätzlich zur ausgeprägten Eigeninitiative weist diese Gruppe als weiteres Merkmal eine unterschiedliche Verteilung der Motive gegenüber dem Restkollektiv auf. Unter Vorbehalt der verhältnismäßig kleinen Zahlen scheinen die Eheschwierigkeiten in der Gruppe mit erfolgreicher Konfliktlösung anteilmäßig unterrepräsentiert zu sein. Dagegen finden sich häufiger "familiäre Auseinandersetzungen" (3 von

insgesamt 5) und die einzigen Fälle von "Schwierigkeiten mit anderen" und "andere persönliche Schwierigkeiten". Die drei Fälle von Ehekonflikten sind weiterhin dadurch charakterisiert, daß die Ehemänner aufgrund von ehewidrigem Verhalten, oder einer Alkoholabhängigkeit zumindest nach außen allein die Schuld am Konflikt trugen.

Wir finden in der Gruppe mit gelösten Konflikten außerdem nur eine einzige Patientin mit abnormer Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer willenslosen Persönlichkeit und eine Person mit Suchtabhängigkeit.

Die Verteilung der klinischen Wertung zwischen der Gruppe mit gelösten Konflikten und dem Gesamtkollektiv zeigt absolut keinen Unterschied. Es kann damit der Schluß gezogen werden, daß Konflikte bei demonstrativ angelegten Selbstmordversuchen nicht leichter gelöst werden und daß Konflikte bei ernsthaft angelegten nicht grundsätzlich eine aufwendigere Lösung benötigen.

Auch die Häufigkeit von stationären Weiterbehandlungsmaßnahmen in der Universitätsnervenklinik läßt keine wesentlichen Unterschiede erkennen.

Zusammenfassend müssen wir als eine hervorstechende Eigenheit unseres Kollektivs eine Vielzahl von ungelösten Ehekonflikten registrieren, die mit dem zahlenmäßig starken Vorhandensein von Patienten mit abnormen Persönlichkeitsstrukturen und Sucht gepaart sind. In dieser Konstellation ist nach unserer Meinung eine ganz besonders schwierige Ausgangssituation für eine Konfliktlösung gegeben.

Eine Bestätigung dieser Annahme erbringt ein Vergleich mit den Ergebnissen von Th. DITTMANN, die die Altersgruppe der unter 30-jährigen unseres Gesamtbeobachtungsgutes untersuchte.

Th. DITTMANN fand doppelt so häufig erfolgreich gelöste Konflikte als wir ($n=18$, entspricht 37,5%). Die deutlich höhere Erfolgsrate kann mit einer von unseren Ergebnissen wesentlich abweichenden Ausgangslage in Zusammenhang gebracht werden. Der Anteil der Verheirateten bei den unter 30-jährigen ist mit 22,9% ($n=11$) gegenüber 78,7% ($n=37$) 3,43mal geringer.

Auch in der Motivhäufigkeit sind Ehekonflikte fast dreimal weniger zu beobachten. Von den 8 Ehekonflikten wurden 4 gelöst. Übertragen

auf die von uns gefundenen Zahlen hätte - immer eingedenk der verhältnismäßig kleinen Vergleichszahlen - nur ein Fall gelöst sein dürfen. Hier scheint doch eine andere Art von Ehekonflikten vorzuliegen, mit weniger durch Jahre hindurch verhärteten Fronten und weniger an die persönliche Substanz gehenden Problemen. Den vielen Hausfrauen in unserem Beobachtungsgut ist bei einem Durchschnittsalter zwischen 45 und 50 Jahren schon aus wirtschaftlichen Gründen, die Möglichkeit der Trennung so gut wie nicht gegeben. Die Ehemänner sind sich durch ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit ihrer stärkeren Position bewußt und sind mit einer den Status quo erhaltenden Zweckehe zufrieden.

Die Lösung von Konflikten, gleich welcher Art, bei Personen mit abnormen Persönlichkeitsstrukturen läßt in Abhängigkeit vom Alter gleich schlechte Chancen erkennen. In der Gruppe der über 30-jährigen ist bei 10 in psychischer Hinsicht auffälligen Personen nur eine Konfliktlösung zu verzeichnen und bei den unter 30-jährigen entsprechend bei 18 nur 3.

In Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen ist auch bei den unter 30-jährigen in der Gruppe mit erfolgter Konfliktlösung das hohe Maß an Eigeninitiative bei der Bereinigung der eigenen Probleme zu beobachten. Von 18 Personen haben 13 (72,2%) selbst aktiv mitgewirkt. 9mal halfen die Konfliktpartner und 3mal die Fachleute zusätzlich.

Die in unserem Beobachtungsgut beobachtete Eigeninitiative ist nach unserer Meinung das Resultat eines Lernprozesses, der erst durch die beinahe automatisch nach der Selbstmordhandlung eintretende Aufhebung der präsuizidalen Einengung (RINGEL, 1953) möglich war. Der Eindruck der überlebten Lebenskrise mit der Erfahrung, daß auf einmal sehr viele Mitmenschen (Ärzte, Schwestern, weitere Fachleute, Konfliktpartner, Familienangehörige und Bezugspersonen) ein starkes Interesse am eigenen Leben zeigen und deswegen tätig werden, lassen das Gefühl der Verlassenheit und des eigenen Unvermögens in den Hintergrund treten. Des weiteren erhält die suizidale Person eine Bestimmung, etwa in Form eines Gottesurteils mit dem Auftrag zum Weiterleben. Auf dieser Basis entstehen nach unserer Beobachtung neue Kräfte, die z.B. das Ablegen einer eigenen Fehlhaltung, die Änderung der grundsätzlichen Einstellung zu einem Konflikt, oder ausnahmsweise sogar den Entschluß

zur Scheidung der Ehe möglich werden lassen, wenn eine ausreichende positive Motivierung zur Eigeninitiative hinzukommt.

Die Rolle der Fachleute bei der Lösung der Konflikte ist allein schon wegen der Vielzahl möglicher helfender Stellen nicht auf einen Nenner zu bringen. In der Gesamtbilanz kann das Wirken der Fachleute nur teilweise als erfolgreich eingestuft werden.

Ganz unbestreitbar, wenn auch wenig spektakulär, weil rein medizinisch, halfen die Fachleute dort, wo sie das Vorliegen von vor dem SMV unbekannten psychischen Krankheiten erstmals diagnostizierten. Die 6 Erstdiagnosen (endogene Depression, Schizophrenie, Chorea Huntington, Hirnarteriosklerose mit ausgeprägten paranoiden Wahnvorstellungen) leiteten eine absolut notwendige, umfassende Therapie ein, ohne die sicher größeres Unheil nicht hätte vermieden werden können.

Bei den Selbstmordversuchen, die nicht auf eine psychische Krankheit zurückgeführt werden konnten, war es den Fachleuten nur in 5 Fällen von reaktiven Selbstmordversuchen möglich, bei der Konfliktlösung ausschlaggebend erfolgreich mitzuhelfen. Die erfolgreichen Hilfestellungen war dabei ganz unterschiedlich, etwa in der Form der Stärkung des Selbstvertrauens, oder der Arbeitsplatzvermittlung, oder der Rechtsberatung.

Viele andere Maßnahmen erbrachten nur Teillösungen. Allein die Herausnahme aus der Konfliktsituation in Form einer weiterführenden stationären Aufnahme, auch wenn sie nur zum Ausschluß einer Krankheit geschah, hatte einen positiven Effekt. Die Notwendigkeit dazu ergab sich aber nur in wenigen Fällen.

Vielen mag das ausführliche Gespräch mit dem konsiliarisch hinzugezogenen Psychiater sehr unangenehm gewesen sein, da den Betroffenen dabei auch eigenes Fehlverhalten attestiert wurde, oder von ihnen bisher selbst unterdrückte, nicht offen eingestandene, von der Norm abweichende Persönlichkeitszüge angesprochen bzw. bewußt gemacht wurden. In den Gesprächen mit den ehemaligen Patienten klang immer wieder deutlich durch, daß insbesondere die Verbindung einer psychiatrischen Behandlung mit dem Infragestellen der geistigen Zurechnungsfähigkeit in der öffentlichen Meinung die Arbeit der Psychiater in

nicht geringem Ausmaß erschweren.

In Anbetracht der anteilmäßig nicht kleinen Gruppe von 10 Personen mit abnormen Persönlichkeitsstrukturen und 4 weiteren Sucht-Patienten muß der zahlenmäßig geringe Einsatz von psychotherapeutischer Behandlung auf den ersten Blick verwundern. Wie in ähnlichen Fällen andernorts war die Einstellung der betroffenen Personen gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung meist ablehnend, zum anderen standen nur wenige Psychotherapeuten zur Verfügung und eine ersatzweise Weiterbehandlung durch niedergelassene Fachärzte scheiterte oft an den übervollen Terminkalendern. Die mangelnde Zeit der Neurologen und Fachärzte wurde ausdrücklich beanstandet.

Die Möglichkeiten der Klinikärzte und der niedergelassenen Ärzte auf Konfliktpartner einzuwirken und im sozialen Rahmen der Patienten Veränderungen herbeizuführen, sind von vornherein äußerst beschränkt. Ihnen fehlt der Zugang zu den Familien, der Überblick über die Zusammenhänge und die Kenntnis der Einstellung der weiteren Bezugspersonen, wie Nachbarn und Vorgesetzten zu den Patienten. Außerdem ist die Ausweitung des sonst auf die Klinik begrenzten Arbeitsfeldes noch wenig üblich.

Der Einsatz von Sozialarbeitern scheiterte im wesentlichen ebenfalls an deren zahlenmäßig geringen Verfügbarkeit. Häufig kann man sich in Diskussionen nicht des Eindrucks erwehren, daß der Einsatz von Sozialarbeitern als Allheilmittel angesehen wird. Deren Arbeits- und Wirkungskreis ist aus unserer Sicht jedoch begrenzt auf Vermittlung von Heimplätzen, Arbeits- und Rehabilitationsplätzen, Regelung von bürokratischen Angelegenheiten, Zuschüssen und kostenloser Rechtsberatung. Bei der Vielzahl der von uns registrierten Ehekonflikten ist der eingeschaltete Sozialarbeiter ein für den grundlegenden Konflikt nur wenig kompetenter Fachmann, der durch sein offizielles Gepräge höchstens als Druckmittel mißbraucht wird. Die psychische Führung eines Patienten nach einem SMV ist nicht der Aufgabe des Sozialarbeiters zuzurechnen.

So gut wie gar nicht wird die Hilfe der Hausärzte in Anspruch genommen; ein nach unserer Meinung nach ungenutztes Potential möglicher

kompetenter Hilfe. Die Mehrzahl der von uns Nachuntersuchten hatten bei ihrer Ratsuche allerdings schlechte Erfahrungen mit den Allgemeinärzten gemacht. In Zukunft werden sich die Hausärzte umstellen müssen. Eine Wandlung des Berufsbildes der Allgemeinärzte zeichnet sich nicht nur in Amerika, sondern auch schon bei uns ab (H. PFLANZ, 1977). Unter anderem rückt die sozialmedizinische familienbezogene Betreuung in der Vordergrund. Die Prognosen über die kommenden Ärztezahlen zwingen direkt zur Aufgabenausweitung, allerdings wird dieses neue Verständnis des gewandelten Berufsbildes auch erst bei den Klinikern ins Bewußtsein dringen müssen. Bisher wurde den Hausärzten gerne der Status eines "family doctor" zuerkannt, gefördert wurde er speziell in dieser Rolle von seiten der Klinik nicht. Beim Hausarzt liegen in reichlichem Maße Informationen über Familienstruktur, soziale und finanzielle Verhältnisse vor. Über ihn könnte weit besser der Sozialdienst kommunaler und kirchlicher Einrichtungen gezielt abgerufen und ergänzend eingesetzt werden.

Über die Hausärzte müßte es in Zukunft noch effektiver möglich sein, auf die Konfliktpartner und auf weitere Familienangehörige einzuwirken. Die Konfliktpartner nehmen, wie wir zeigen konnten, eine Schlüsselrolle bei der Konfliktlösung ein. Eine Einschränkung der möglichen Hilfe durch die Konfliktpartner ist dort gegeben, wo ganz objektiv die suicidalen Personen selbst an der Konfliktenstehung ursächlich beteiligt waren und wo nur über diese selbst eine grundlegende Änderung wieder eintreten kann. Oft ist in diesen Fällen schon wenigstens eine Art Stillhalteabkommen der Konfliktpartner wegbereitend für einen allmählich einsetzenden Umdenkungsprozess.

Das Einbeziehen von Familienangehörigen in die Krisenintervention ist bei den über 30-jährigen nur bedingt möglich. Die Vielzahl der Ehekonflikte ist wohl in erster Linie nur allein zwischen den Ehepartnern zu lösen. Familienangehörige können durch Verständnis und Zuwendung oft nur einen Halt geben.

VORSCHLÄGE FÜR DIE BEHANDLUNG VON PATIENTEN NACH EINEM SELBSTMORD- VERSUCH

Für die Betreuung von Patienten, die eine Selbstmordhandlung überlebt haben, sind bisher mehrere Vorschläge gemacht worden, die auch zum Teil in verschiedenen Modellen Anwendung fanden (E. RINGEL, 1969; F. BÜCKER, 1973, 1975, 1977; H. HENSELER, 1972; H.-L. WEDLER, 1973; U.H. PETERS, 1974; M. HEINRICH, 1975; W. FEUERLEIN, 1978).

Die Vielschichtigkeit des Selbstmordversuches bringt es mit sich, daß für die Organisation und den Inhalt der Nachsorge dieser Patienten keine allgemeingültigen Richtlinien aufgestellt werden können. Sowohl verallgemeinernde Forderungen als auch aufwendige Idealvorstellungen bergen die Gefahr in sich, daß sie den individuellen Situationen der Selbstmordpatienten zu wenig Rechnung tragen, was nach unserem Erachten der Hauptgrund für die niedrige Zahl von erfolgreichen Konfliktbereinigungen nach Selbstmordversuchen darstellt. Der Inhalt der Betreuung muß auf das Einzelschicksal abgestimmt sein. Lediglich die Organisation kann ohne Vorbehalt weitgehend allgemeinverbindlich festgelegt werden.

Eine erste, nach unserer Meinung wichtige Forderung ist die großzügige Handhabung der Überweisung eines Patienten mit einem SMV in die internistische bzw. chirurgische Abteilung einer Klinik bzw. eines Krankenhauses. Ob in jedem Fall eine stationäre Aufnahme nötig wird, kann dort wegen der neutralen Atmosphäre oft objektiver beurteilt werden. In den Fällen, in denen der einweisende Arzt von der Notwendigkeit allein schon durch die Anamnese überzeugt ist, wird er von vornherein eine stationäre Einweisung vornehmen. Der erstbetreuende Arzt, der einen Patienten wegen eines in allen Punkten überdeutlich appellativ angelegten Selbstmordversuches nicht überweist, etwa, weil die Suizidhandlung in der Einnahme von wenigen Tabletten eines Schmerzmittels oder einer oberflächlichen Schnittverletzung am Handgelenk besteht, nimmt eine große Verantwortung auf sich, da er dem Patienten den diagnostischen Teil der Nachsorge weitgehend vorenthält. Die Chance, den Patienten eindrucksvoll die Bedeutung und Ernsthaftigkeit seiner Handlung vor Augen zu führen und damit auch erzieherisch zu wirken, kann in der Folge nur durch ein erhebliches Engagement dieses Arztes ausgeglichen werden.

Die Möglichkeit, einen Patienten von vornherein in eine Nervenklinik zu überweisen, stellt ein anderes Extrem dar. Falls eine internistische oder chirurgische Intensivbehandlung übergangen werden kann, ist die direkte Einweisung in eine psychiatrische Abteilung nur bei bekannter psychischer Krankheit, ausgesprochenen Rezidivfällen ohne psychisches Grundleiden in der Anamnese und bei akuten Fällen von schwerer Selbstgefährdung gegeben. Auf die äußerst schwierige Problematik von richterlich angeordneter Verwahrung muß an dieser Stelle nur hingewiesen werden (H.H. WIECK, 1974).

Die von ihrer Zielsetzung sicherlich weitgehend idealen klinischen Einheiten von Intensivstation und eigens dafür eingerichteten Nachsorgestationen mit jederzeit verfügbaren Psychiatern, Sozialarbeitern und Psychotherapeuten sind nur in wenigen Großstädten bzw. Großkliniken denkbar. Da unter den Gesichtspunkten der Kosteneinsparung im Gesundheitssystem allerorts sogenannte Bettenberge abgebaut werden sollen und die Problematik um das Suizidgeschehen trotz der hohen Suizidrate auch bei offiziellen Stellen, insbesondere bei den Kostenträgern verhältnismäßig wenig zwingende Aufmerksamkeit findet, erscheint es illusorisch, zum jetzigen Zeitpunkt mit einer entscheidenden Wende für aufwendigere Lösungen rechnen zu können.

Und nicht zuletzt, weil eine größere Zahl von Selbstmordpatienten auch in kleinen Krankenhäusern der Kommunen behandelt wird, muß eine organisatorische Lösung gefordert werden, die breit gefächert möglichst in naher Zukunft Erfolg verspricht. Zum anderen läuft der Patient, der ohne Ausnahme eine zu groß dimensionierte klinische Behandlungseinheit durchläuft, Gefahr, durch "over protection" unbewußt erst krank zu werden.

Mit unserer Forderung, daß möglichst jeder Selbstmordpatient in einer Erstmaßnahme in eine Klinik, oder in ein Krankenhaus überwiesen wird, soll die Möglichkeit geschaffen werden, daß von dort eine Weichenstellung für das Mindestmaß an weiterer notwendiger Behandlung erfolgt. Zu diesem Entscheidungsprozess muß in jedem Fall der Psychiater hinzugezogen werden. Wir gehen in dieser - nach unserer Erfahrung - äußerst wichtigen Forderung z.B. konträr mit H.-L. WEDLER (1973). Die Ergebnisse unserer Katamnesenerhebung bestärken uns jedoch in unserer

Meinung nachdrücklich. Die verhältnismäßig große Zahl von Erstdiagnosen psychischer Krankheiten, auf deren Boden die Selbstmordversuche erst entstanden sind und die hohe Quote von erfolgreicher Therapie lassen die mit dem Auftreten des Psychiaters verbundenen möglichen Vorbehalte der übrigen Patienten in den Hintergrund treten.

Der Anteil der Personen mit Psychosen wird in Statistiken über Selbstmordversuche unterschiedlich angegeben. In jedem Fall ist, wie wir zeigen konnten, eine überaus große Effektivität in der Behandlung dieser Patienten gegeben. Würde man diesen Teil durch eine nur wenig konsequent eingesetzte Diagnose ungenügend erfassen, wäre von vornherein ein sicherer Prozentsatz für eine erfolgreiche Konfliktbereinigung ungenutzt. Wie wir weiter zeigen konnten, ist aus dem größeren Anteil der Personen mit Selbstmordversuchen auf reaktivem Boden verhältnismäßig in nur sehr wenigen Fällen eine Konfliktbereinigung möglich; das gilt umso mehr bei den über 30-jährigen. Aus diesem Grund müssen wir im Gegensatz zu H.-L. WEDLER den Psychiater in die vorderste Front der Nachsorge stellen und im weiteren konträr zu W. FEUERLEIN die Diagnose als Angelpunkt für das weitere Vorgehen hervorheben.

Dem Psychiater obliegt es, nicht nur den Verdacht oder auch schon die Diagnose einer psychischen Krankheit zu stellen. bzw. zu äußern, sondern auch deren Ausschluß zu treffen. Weiterhin muß, was zugegebenmaßen oft nicht leicht ist, in einer vorläufigen Diagnose das Vorliegen von abnormen Persönlichkeitsstrukturen, einer Abhängigkeit von Suchtstoffen, oder einer abnormen Erlebnisreaktion eingegrenzt werden.

Die Diagnosestellung wird dem Psychiater durch die Mitarbeit der auf den Intensivstationen tätigen internistischen, bzw. chirurgischen Kollegen erleichtert, die oft schon bei der Aufnahme durch die Mitteilung des Notarztes, der Sanitäter, der übrigen Begleitpersonen, oder der sich später um Auskunft bemühenden Angehörigen, über aufschlußreiche Informationen verfügen. Das Sammeln dieser Informationen muß neben den lebensrettenden oder lebenserhaltenden Maßnahmen ohne Einschränkung fester Bestandteil ihrer Tätigkeit sein. Eine derart ausgerichtete Intensivmedizin darf nicht auf wenige eher zufällig im Team vorhandene sozialmedizinisch engagierte Ärzte basieren, sondern muß rein wissenschaftlich von jedem Kollegen in diesem Ausmaß

erbracht werden können. Äußerungen und Verhalten in der Aufwachphase des hirnnorganischen Durchgangssyndroms bei Patienten mit Intoxikationen müssen zusammen mit den Beobachtungen des Pflegepersonals registriert werden. Die Möglichkeit einer Erstexploration in dieser Phase muß als Gelegenheit, die der Patient oft auch vertrauensvoll nützt, wahrgenommen werden. Das Gleiche gilt für die häufig zu beobachtende darauffolgende Phase, die vom Erschrecken über die selbst zugeführte Verletzung bzw. Intoxikation bestimmt ist.

Das Gitter an Informationen, das die Diagnosestellung ermöglicht, setzt sich zusammen aus Hinweisen, die auf die Validität des Motivs schließen lassen und sich aus der Eigen- und Familienanamnese ergeben. Weitere wichtige Punkte sind der psychische Befund bei der Exploration und der Schweregrad der Suizidalität durch die Analyse des Selbstmordversuches unter Einbeziehung der persönlichen Struktur. Nicht zuletzt ergibt die Durchleuchtung der sozialen Situation entscheidende Hinweise. Möglichkeiten, fehlende Informationen zu beschaffen, bieten sich an in der Nutzung jeder Gelegenheit von Fremdanamnese bei Angehörigen und Freunden, in der Sichtung alter Krankenunterlagen und in der telefonischen Rücksprache mit dem Hausarzt.

Die Entscheidung, einen Patienten aus stationärer Behandlung zu entlassen, oder überhaupt nur ambulant zu behandeln, sollte in den meisten Fällen erst gefällt werden, wenn Diagnose, Motiv, Suizidalität und psychosoziale Lage abgeklärt sind. Dieser Entscheidungsprozess ist an Bedeutung und innerer Dynamik einer Indikationsstellung für eine Operation z.B. bei fraglichem akuten Abdomen vergleichbar.

Verhältnismäßig leichter ist die Entscheidung über die Nichtaufnahme zu treffen, wenn z.B. eine jugendliche Patientin von ihren Eltern gebracht wird, weil sie bei ungestörten Beziehungen zu ihrer Familie aus Liebeskummer vor den Augen der Freundinnen zwei oder drei Tabletten eines unschädlichen Medikamentes eingenommen hat. Das leicht nachvollziehbare Motiv, der äußerst geringe Grad an Suizidalität und die festen sozialen Bindungen machen eine weitere Beobachtung nicht notwendig.

Die Vorstellung beim Psychiater zum Ausschluß von möglicherweise latent vorliegenden abnormen Persönlichkeitszügen sollte aber in jedem

Fall, auch wenn die Diagnose einer abnormen Erlebnisreaktion gleichsam auf der Hand liegt, vorgenommen werden. Da in den meisten Krankenhäusern nicht zu jeder Tageszeit ein Psychiater konsiliarisch hinzugezogen werden kann, muß zumindest ein Termin zwischen Patient und Psychiater konkret festgelegt werden. Der Patient, der diese Voranmeldung verfolgen soll und einen Merkzettel zur Gedächtnisstütze erhält, wird sich, wie auch von W. FEUERLEIN (1978) berichtet, eher verpflichtet fühlen, diesen Termin wahrzunehmen. Der Patient sollte gleichzeitig davon Kenntnis erhalten, daß eine Benachrichtigung auch an den Hausarzt geht.

Die vielerorts geübte Praxis, den Patienten nach der Entlassung aus der Intensivstation oft nur unzureichend bekleidet, ungewaschen und auch körperlich noch sichtlich mitgenommen, mit einem Sanitätsfahrzeug in die Ambulanz einer Nervenlinik zu transportieren und dort auf einem fahrbaren Stuhl auf einen Gang zu schieben und erst einmal zwischen neurologischen und psychiatrischen Patienten der Poliklinik warten zu lassen, ist als eine grundlegende Fehlleistung mit negativem Rebound-Effect einzustufen. Bei dieser oft ersten Begegnung eines Patienten mit dem Psychiater wird allein durch organisatorische Mängel von vornherein ein großes Maß an innerer Abwehr aufgebaut. Selbst ein Übermaß an innerem Engagement des dort tätigen Arztes wird diesen ersten negativen Eindruck nie mehr verwischen. Auf dieser ungleichen, beinahe demütigenden Basis bleibt das Ziel einer ersten, sogenannten kleinen psychotherapeutischen Behandlung mit Auflösung des präsuizidalen Syndroms, der Schaffung einer tragfähigen Bindung, der weiterführenden Persönlichkeitsanalyse und der Ausrichtung auf eine positive Erwartungshaltung blanke Theorie. Eine Poliklinik, die die Betreuung von Selbstmordpatienten übernimmt, muß in der Lage sein, für solche nach unserer Meinung als Notfälle einzustufende Patienten sofort einen geeigneten Kollegen von seinen übrigen Pflichten frei zu stellen. Der Selbstmordpatient darf auch nach dem überlebten Selbstmordversuch nicht als "Routinefall" zwischen Polyneuritis und Defektsyndrom behandelt werden.

In derart beschriebenen organisatorischen Mängeln, die ähnlich bei der sich eventuell anschließenden stationären Weiterbehandlung in der Nervenlinik, wie auch bei der ambulanten Behandlung beim niederge-

lassenen Facharzt wiederholen, liegt ein wesentlicher Grund für die am Aufwand gemessene mäßige Erfolgsbilanz der Fachleute. Die Patienten, die solcher Art Erfahrungen machen mußten, kommen so gut wie nicht wieder. Einwendungen, daß Patienten sich selbst durch zu prompte bedingungslose Behandlung animiert, unangebracht zu wichtig empfinden können, sind für diese Stufe der Diagnostik und zumindest oft schon teilweisen Therapie nicht evident.

Eine stationäre Weiterbehandlung in der Nervenklinik ist immer dann zu fordern, wenn die Diagnose nicht eindeutig gestellt werden kann, oder ein behandlungsbedürftiges Symptom, wie etwa eine schwere, auch reaktive depressive Stimmungslage vorliegt.

Weiterhin kann eine stationäre Weiterbehandlung auch außerhalb der Nervenklinik erfolgen, wenn zu erwarten ist, daß ein Patient nach der Entlassung aus der Intensivstation in eine weiter vorhandene, konfliktbeladene Umwelt zurück müßte. Das Gleiche gilt für Patienten, deren Motiv nicht zuletzt auf Vereinsamung zurückzuführen ist und bei denen keinerlei tragfähige psychosoziale Bindungen vorhanden sind. In diesen Fällen muß der stationäre Aufenthalt als zeitlicher Freiraum zur Schaffung einer belastbaren sozialen Ordnung genutzt werden, wobei in diesen Fällen neben caritativen Stellen, vor allem Sozialarbeiter eingesetzt werden müssen. Als exemplarisch sind Fälle von Schwierigkeiten im Beruf, von finanziellen Problemen und von rechtlichen Schwierigkeiten zu nennen. Neben dem Sozialdienst können auch Juristen bei der Ordnung der Konflikte helfen. Diese Einsätze werden demnach nach dem Motiv ausgerichtet, wobei wie oben ausgeführt, der stationäre Rahmen nur in den Fällen notwendig ist, in denen verlässliche Bezugspersonen zur häuslichen Weiterbehandlung fehlen, oder die psychische Krise nicht aktiv durchstanden ist.

Die Notwendigkeit einer Diagnosestellung zu möglichst frühestem Zeitpunkt ist bei den Patienten mit abnormen Persönlichkeitsstörungen und Suchtabhängigkeit wegen der aufgezeigten überaus schlechten Konfliktlösungsrate geradezu zwingend. In einem 2 bis 3-tägigen stationären Anschlußaufenthalt an die Intensivbehandlung kann nicht nur die Diagnose weiter differentialdiagnostisch geklärt werden, sondern durch eine weitreichende Einbeziehung der Familienmitglieder und weiterer

ausgewählten Bezugspersonen eine Konfliktklärung - wenn aussichtsreich - auch eine psychotherapeutische Behandlung angestrebt werden.

Ein Patient mit abnormer Persönlichkeit oder Suchtabhängigkeit wird bei der fast regelmäßig vorzufindenden eingeschränkten Distanzierung gegenüber der eigenen Person, den behandelnden Arzt erst respektieren, wenn er davon überzeugt ist, daß diesem alle Aspekte seines Konfliktes bekannt sind und Ausreden und Ausflüchte durchschaut werden können. Oft ist es mit Detailkenntnissen auf behutsame Weise möglich, den Patienten festzulegen und ihm das eigene Mitverschulden am grundlegenden Konflikt zu beweisen, um ihn auf diesem Weg beispielsweise von der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung zu überzeugen. Ziel der psychotherapeutischen Bemühungen muß es sein, falsche Verhaltensweisen abzubauen.

In der strengen, dennoch positiv motivierenden Bindung des Patienten mit abnormer Persönlichkeit oder Sucht an den auch niedergelassenen Arzt, sehen wir die einzige Chance, Konflikte in größerer Zahl als bisher zu lösen. Zumindest geänderte Verhaltensweisen und ein größeres Verständnis von seiten der Umgebung müßte für die Zukunft dieser Patienten neuerliche Konfliktschüßungen vermeiden helfen.

Bei der Betreuung der Patienten mit Selbstmordversuchen als Ausdruck einer abnormen Erlebnisreaktion können die Klinikärzte weitgehend durch die Hausärzte entlastet werden. Da die Selbstmordhandlung ihre Wurzeln weniger in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten besitzt, sondern vielmehr auf umweltbedingte Konfliktgründe zurückzuführen ist, haben Lösungsversuche, die in diesem Bereich ansetzen, die größten Erfolgsaussichten. Die Verhütung neuerlicher Krisen kann am ehesten durch den Abbau dieser Konfliktsituationen erreicht werden.

Wichtigste Bestrebung des Hausarztes muß es jedoch sein, die Eigeninitiative des Patienten zu wecken und ihn positiv zu motivieren, damit dieser so weit wie nur möglich aus eigener Kraft eine Lösung herbeiführt.

In den Fällen, in denen z.B. auch objektiv ein Höchstmaß an zerrütteten sozialen Verhältnissen zu finden ist, wird man ebenfalls beim Vorliegen einer abnormen Erlebnisreaktion durch einen verlängerten sta-

tionären Aufenthalt, etwa in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst, Möglichkeiten zum Aufbau für eine eigenständige Lebensführung schaffen. Eine mangelnde Distanzierung zum SMV, einschließlich dem Andauern einer Depression erfordern auch bei dieser Diagnose die stationäre Behandlung.

Dort, wo derart definitive Schritte, wie z.B. eine Trennung von der Familie, oder eine Ehescheidung nicht zur Konfliktbereinigung notwendig sind, muß der Hausarzt in der Umwelt Verständnis für die innere Dynamik des ursächlichen Konfliktgeschehens wecken. Die Intervention bei Konfliktpartnern, Familienangehörigen und weiteren Bezugspersonen, muß die Verarbeitung des Konfliktes möglich machen. Zu häufig werden die Patienten nach ihrem SMV zwar zu Hause bereitwillig und wohlwollend empfangen, eine aktive grundlegende Änderung der ursächlichen Situation unterbleibt jedoch, da sich die angebotene Hilfestellung an oberflächlichen, vordergründigen Symptomen orientiert, wobei der Anlaß, z.B. eine Auseinandersetzung über ein alltägliches Problem zu sehr in den Vordergrund rückt und beispielsweise das Vermissen von aktiver bewußter Zuneigung und Bestätigung durch Jahre hindurch verdeckt bleibt.

Der Hausarzt, der nach gezielter Vorinformation durch die Klinik behutsam so tief in die psycho-sozialen Zusammenhänge der ihm anvertrauten und bekannten Familie analysierend und therapierend eindringt, wird auch bei sehr persönlichen, intimen Eigenheiten seiner Patienten nicht auf Abweisung stoßen, wenn er sich nicht zum Schulmeister oder gar Richter aufspielt. Das donnerhafte, gewaltsame Ordnungschaffen wird nur in sehr seltenen Fällen einen gleichsam der Trennung des Gordon'schen Knotens bleibenden Erfolg zeitigen.

Der Hausarzt kann gerade für die Vielzahl von Patienten, die unter einem Ehekonflikt leiden ein wirksames Spektrum der Hilfestellung anbieten. Er kann als geduldiger Zuhörer eine Art Ventilfunktion übernehmen, er kann aber auch in einer offensiven Form Berater, Vermittler und Therapeut sein.

ZUSAMMENFASSUNG

Von 47 früheren Patienten, die zum Zeitpunkt eines von ihnen unternommenen Selbstmordversuches älter als 30 Jahre waren, wurden durchschnittlich 20,8 Monate danach Katamnesen erhoben. Neben einem allgemeinen Überblick über Einzelmerkmale und anamnestischen Daten der Nachuntersuchten war es das Ziel dieser Untersuchung, die für die SMV ursächlichen Konflikte zu erhellen und das Ausmaß der in der Zwischenzeit erfolgten Konfliktbereinigung zu erfassen. Darüber hinaus wurden die Faktoren beschrieben, die die Konfliktlösung begünstigten bzw. erschwerten.

Die Auswertung ergab, daß den Selbstmordpatienten, die unter einer Psychose litten, in Form einer psychiatrischen Therapie sehr erfolgreich geholfen worden war. Bei den Patienten, deren Selbstmordhandlung ausschließlich von reaktiven Beweggründen bestimmt gewesen war, konnte nur in 26,4% eine erfolgreiche Konfliktlösung registriert werden. Die Konstellation "abnorme Persönlichkeit" oder "Sucht" und "Ehekonflikt" war bei den über 30-jährigen Selbstmordpatienten auffallend häufig anzutreffen und stellte eine besonders ungünstige Ausgangssituation für die Konfliktlösung dar.

Unter den Vorschlägen für die Nachsorge von Patienten nach einem SMV wird der Diagnostik durch den Psychiater eine Vorrangstellung eingeräumt. Das Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung wird als wichtiges Kriterium zur Weichenstellung für eine effiziente und sinnreiche Konfliktbereinigung angesehen.

Literaturverzeichnis:

- Bartels, O.: Akute Vergiftungen - Ersthilfe. Fortschritte der Medizin 90 (1972) 643
- Böcker, F.: Klinische Maßstäbe zur Wertung eines Suizidversuches. Dtsch. med. Wschr. 95 (1970) 883
- Böcker, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln. Thieme, Stuttgart 1973
- Böcker, F.: Was leistet die Suizidprophylaxe in der Bundesrepublik? Ärztliche Praxis 25 (1973) 1405
- Böcker F. und Bartels O.: Der Patient nach einem Suizidversuch. Fortschritte der Medizin 18, 929-932 (1975) 93
- Böcker F.: Suizidhandlungen alter Menschen. Münch. med. Wschr. 117 (1975) 201
- Böcker, F.: Suizidprophylaxe in der ärztlichen Praxis. Med. Welt 28 (1977) 229
- Dittmann, Th.: Inaug.-Diss. Erlangen 1978
- Dubitscher, F.: Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung; Beratung und Vorbeugung. G. Thieme, Stuttgart, 1971
- Durkheim, E.: Der Selbstmord. (Le Suicide. Paris 1897). Luchterhand, Neuwied, 1973
- Feuerlein, W.: Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung? Nervenarzt 42 (1971) 127-130
- Feuerlein, W.: Krisenintervention bei Selbstmordpatienten. Therapiewoche 28, 2892-2898 (1978) 14

- Greer, S. und
Bagley, C.:
Effect of Psychiatric Intervention in
Attempted Suicide: A Controlled Study.
British Medical Journal, 1971, 1, 310-312
- Grüneberg, F. und
Ibe, K.:
Suicidversuche mit Hypnotika, Psychoparmaka
und Analgetika. Der Internist 13, 209-215
(1972)
- Heinrich, M.:
Die Situation der Suizidphrophylaxe.
Med. Klin. 70 (1975), 463-466 (Nr. 11)
- Henseler, H.:
Ärztliche Sofortmaßnahmen bei der psychischen
Betreuung von Patienten nach Selbstmordver-
suchen. Med. Welt 23 (1972, 306-309 (Nr. 9)
- Henseler, H.:
Narzißtische Krisen, zur Psychodynamik des
Selbstmords. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg,
1974
- Hofmann, T.:
Katamnesen nach Suizidversuch - Hinweise für
die Behandlung. Schweizer Rundschau Med.
(Praxis) 60, 443-444
- Kolle, K.:
Der mißglückte Selbstmord. Vortrag auf der
Tagung der Deutschen Gesellschaft für
Psychiatrie und Nervenheilkunde. München 1962.
Ref. in Zhl. für die ges. Neurologie und
Psychiatrie 170 (1963) 10
- Lehr], S., Daun H.
und Schmidt, R.:
Eine Abwandlung des HAWIE-Wortschatzes als
Kurztest zur Messung der Intelligenz Erwach-
sener. Arch. Psychiat. Nervenkr. 214,
353-364 (1971)
- Linden, K.-J.:
Der Suizidversuch. Versuch einer Situations-
analyse. F. Enke. Stuttgart 1969
- Mintz, R.S.:
Psychotherapy of the Suicidal Patient, in:
Resnik, H.L.P.: Suicidal Behaviors. Boston:
Little Brown a. Co. 1968, 271-296

- Peters, U.H.: Vor und nach dem Suizidversuch. Intensivmedizin 11 (1974), 57
- Pflanz, M.: Wir brauchen die Allgemeinmedizin an den Hochschulen jetzt. Euromed, 17. Jhrg., Heft 16 (1977)
- Pino, R.: Sechsjahres-Katamnese an 100 Patienten mit Suizidversuchen. Inaug.-Diss. München 1977
- Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suicidalität. Hans Huber, Bern 1968
- Ringel, E.: Der Selbstmord. Mandrich, Wien 1953
- Ringel, E.: Möglichkeiten der Selbstmordverhütung. Deutsche Z.f.de.ges. gerichtliche Med. 57 (1964) 113
- Ringel, E.: Indikationen mit ärztlichem Eingreifen bei Selbstmorddrohung und Selbstmordversuch. Wien. med. Wschr. 115 (1965) 949
- Ringel, E.: Selbstmordverhütung. Huber, Bern 1969
- Rueggsegger, P.: Selbstmordversuche. Klinische, statistische und katamnestiche Untersuchungen an 132 Suizidversuch-Patienten der Basler psychiatr. Universitätsklinik. Psychiatr. Neurolog., Basel 146, 81-104 (1963)
- Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Fischer, Frankfurt 1969
- Schierl, J.: Suizide in ländlichen Gebieten, Klein- und Mittelstädten. Dissertation 1973
- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. G. Thieme, Stuttgart 10. Auflage 1973

- Wedler, H.-L.: Änderung sozialer Risikofaktoren nach Suizidversuchen.
Vortrag J.A.S.P. Amsterdam 1973, in: Suicidprophylaxe - Theorie und Praxis. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung. 2/75 Nr. 3, 126-132
- Wieck, H.H.(Hrsg.): Neuropsychiatrische Notfälle. Tagung der Bayerischen Nervenärzte, Erlangen, 7. und 8. Mai 1972. Schattauer, Stuttgart-New York 1974
- Wieck, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, 2. Auflage, Stuttgart-New York 1977
- Wissenschaftliches
Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Die Entwicklung des Ärzteangebots bis zum Jahr 2000. - Analyse, Bewertung, Maßnahmen. Bonn-Bad Godesberg 1978

Lebenslauf

Am 26. Juli 1949 wurde ich als zweites Kind des praktischen Arztes Dr. med. Willibald Dittmann und seiner Ehefrau Hildgard, geborene Langner in Eggolsheim, Kreis Forchheim/Bayern geboren.

Nach 5 Klassen Volksschule in Eggolsheim wechselte ich an das math.-naturw. Gymnasium Forchheim über, wo ich im Juni 1969 das Reifezeugnis erwarb.

Im Wintersemester 69/70 immatrikulierte ich mich an der Universität Erlangen und legte dort am 8. August 1975 das Staatsexamen in Medizin ab.

Die Medizinalassistentenzeit verbrachte ich auf der psychiatrischen Abteilung des Bezirksnervenkrankenhauses in Bayreuth und auf der inneren und chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Burgebrach. Nach Erteilung der Approbation als Arzt zum 1. Oktober 1976 blieb ich bis zum 30. April 1978 als Assistenzarzt auf der chirurgischen Abteilung in Burgebrach tätig. Von dort wechselte ich ohne Unterbrechung an die Staatliche Frauenklinik und Hebammenschule Bamberg über.

Seit dem 24. September 1976 bin ich mit der Ärztin Theresia Dittmann, geb. Sauer, verheiratet.

